

**AMBULANTES OPERIEREN
IM KINDESALTER**

Elisabeth Pohlmann

1975



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551911_0055

Aus der Kinderchirurgischen Klinik der Kinderklinik
der Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. W. Ch. Hecker

AMBULANTES OPERIEREN IM KINDESALTER

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von

Pohlmann Elisabeth

aus

München

Jahr

1975

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. W. Ch. Hecker

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 1. Juli 1975



Inhalt

Aufgabe und Zielsetzung der Arbeit	1
Ambulantes Operieren - Allgemeiner Teil	
Psychohygienische Aspekte	
Frühere Arbeiten zum psychischen Hospitalismus	3
Allgemeines zur Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehungen	6
Das Trennungstrauma	11
Das Krankenhaustrauma	22
Medizinisch-technische Aspekte	
Frühere Untersuchungen	25
Voraussetzungen ambulanten Operierens	
sozial	30
medizinisch	31
wirtschaftlich	31
Ambulantes Operieren - spezieller Teil - eigene Ergebnisse	
Art der Operationen	33
Behandlungsablauf	33
Liegezeiten	35
Beurteilung durch die Eltern	69
Anhang: Beurteilung der Mutter durch das Pflegepersonal	72
Diskussion	73
Zusammenfassung	78

Zielsetzung der Arbeit

In der Kinderklinik macht man täglich die Erfahrung, daß für das Kind, bes. das Kleinkind, die Trennung von der Mutter bzw. von seiner Bezugsperson ein sehr bedeutendes Ereignis darstellt. Da das chirurgisch kranke Kind neben dem Trennungstrauma noch das Operationstrauma zu überwinden hat, liegt es für den Kinderchirurgen nahe, nach der Behandlungsform zu suchen, die den Patienten am wenigsten belastet. Freilich war es nicht nur die Trennungsproblematik, die uns veranlaßte, Möglichkeiten und Grenzen des ambulanten Operierens zu untersuchen. Wartelisten durch begrenzte Aufnahmekapazitäten spielten dabei eine wesentliche Rolle.

Daher liegt neben der sehr wichtigen Untersuchung psychologischer Gesichtspunkte die Zielsetzung dieser Arbeit darin, zu untersuchen, welche Operationen im Kindesalter sich ambulant durchführen lassen. Eine Bedingung muß dabei erfüllt sein, daß nämlich keine spezielle postoperative Pflege notwendig und keine spezielle medikamentöse Therapie verordnet ist, die ständige Überwachung erfordert. Um festzustellen, welche Operationen in Frage kommen, haben wir die durchschnittlichen Liegezeiten in unserer Klinik und in weiteren Kliniken in München und Regensburg festgestellt.

Ambulantes Operieren ist kein Notbehelf, bedeutet weder schnelles noch "Nur-Operieren". Es müssen vielmehr bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Dies gilt sowohl für die Klinik, als auch für die häuslichen Verhältnisse. Wir hielten es daher für aufschlußreich, eine Elternbefragung durchzuführen. Wir wollten erfahren, wie Eltern bereits operierter Kinder die Behandlung beurteilen und inwieweit Eltern dazu bereit sind, ihr Kind zu Hause zu pflegen. Weiterhin sind wirtschaftliche Probleme zu diskutieren: die Kosten müssen für Eltern bzw. Krankenkassen tragbar sein und schließlich muß auch die Krankenanstalt das ambulante Operieren vom wirtschaftlichen Standpunkt

aus sehen. Psychohygienische, medizinisch-technische, aber auch wirtschaftliche Gesichtspunkte müßten es erlauben, einen Katalog der Möglichkeiten aufzustellen. Im Einzelfall bleibt aber stets abzuwägen, wie man am ehesten der Forderung des "Nil Nocere" gerecht wird.

Ambulantes Operieren - Allgemeiner Teil

Psychohygienische Aspekte

Frühere Untersuchungen

'Die erste und wichtigste Aufgabe eines Krankenhauses ist es,
Kranken zu helfen und nicht zu schaden'.

Diese Mahnung Florence NIGTHINGALES - vor hundert Jahren ausgesprochen und heute gleich aktuell - sollte besonders dann richtungsweisend sein, wenn es sich um den Problembereich "Kind und Krankenhaus" handelt.

MEINHARD VON PFAUNDLER wies 1899 in einem Vortrag "Über Saugen und Verdauen" in der pädiatrischen Sektion der 71. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte auf den Unterschied zwischen der individualisierenden mütterlichen Pflege und der Pflege in einer Krankenanstalt hin und beschrieb bereits damals scharf das Bild des "seelischen Hospitalismus". Der konstitutionelle Massenpflegeschieden wurde nach VON PFAUNDLER zwar von vielen gesehen, aber sein Begriff wenig scharf erfaßt und seine Ursache gänzlich ignoriert oder verkannt. Man sprach von mysteriösem "mangelhaftem Gedeihen" oder suchte sich durch die Annahme einer üblen "tare héréditaire" zu entlasten. So war es nicht verwunderlich, daß noch ein Jahrhundert vorher im Wiener Waisenhaus in guten Zeiten 70 %, in schlechten Zeiten jedoch 90 - 100 % der aufgenommenen Säuglinge starben-inwieweit durch Bakterieninvasion oder aufgrund der "anaklitischen Depression" im Sinne von RENE A. SPITZ - bleibt dahingestellt. Jedenfalls wurde die hohe Anstaltssterblichkeit zu Zeiten VON PFAUNDLERS erheblich eingedämmt, insbesondere durch Bekämpfung der Infektionskrankheiten, Ernährungsstörungen und Rachitis. Dabei zeigte sich immer deutlicher, daß hinter den unmittelbar das Leben bedrohenden Folgen der Massenpflege noch andere körperlich seelische Störungen von wechselnder Intensität stehen.

Die mahnenden Worte VON PFAUNDLERS einer notwendigen Besinnung auf die seel. Bedürfnisse des Kindes fielen ins gleiche Dezennium, in welchem SIGMUND FREUD mit seiner Arbeit über die frühen Entwicklungsphasen des Kindes den Grundstein zu einer modernen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie gelegt hat. (18) Die Psychoanalyse schien neue Hoffnungen zu bringen im Hinblick auf Krankheiten, die bis dahin als mehr oder weniger schicksalshaft und ärztlich wenig beeinflussbar in ihrem Ablauf erschienen. Gerade das Kindesalter ist ja für die FREUD'sche Psychoanalyse der Ort, an dem alle im reiferen Alter hervortretenden Störungen des Seelenlebens ihren Ausgang nehmen. Als Folge dieser Entwicklung stellten in Wien H. HETZER gemeinsam mit DURFEE, GRINDL, STURM und WOLF schon in den 30er Jahren umfangreiche Untersuchungen über den Entwicklungsrückstand hospitalisierter Kinder an und veröffentlichten sie. Leider mußte der größte Teil des Materials infolge der politischen Verhältnisse damals von der Publikation zurückgestellt werden und fiel Kriegseinwirkungen zum Opfer.

ANNA FREUD und DOROTHY BURLINGHAM veröffentlichten 1942 ihren Jahresbericht des Kriegskinderheims "Hampstead Nurseries"(engl.: Young Children in War-Time) in dem sie eine Übersicht über die psychologischen Reaktionen der evakuierten Kinder auf die Kriegssituation und über die Probleme, die mit der Trennung des Kindes von seiner Familie entstehen geben.

Seit 1945 ist im Ausland, bes. im angelsächsischen Raum, umfangreiche Arbeit auf dem Gebiet des psychischen Hospitalismus geleistet worden: Mit den systematischen Untersuchungen der Tavistock Separation Research Unit seit 1948 unter BOWLBY, ROBERTSON und AINSWORTH, den Arbeiten von SPITZ in den USA, von MEIERHOFER in der Schweiz sind nur einige der wichtigsten genannt. Im deutschen Sprachgebiet sind im übrigen Zahl und Umfang der Veröffentlichungen auf diesem Gebiet gering. Genannt seien die Arbeiten von SCHMITT-KOLMER, SCHRAML, HAGEN und SOEKEN.

1956 gab BENNHOLDT-THOMSEN eine kinderärztliche Stellungnahme zu BOWLBYs Monographie ab. 1960 veröffentlichte FRANK LOEBER eigene Untersuchungen über den Entwicklungsstand von Kindern in verschiedenen Heimen und Kliniken des Münchener Gebiets, den er mit dem der Kinder in Mutterpflege verglich. Seit den 60er Jahren beschäftigt sich besonders GERD BIERMANN mit der Psychohygiene im Kindesalter. Genannt seien seine ausgezeichneten Beiträge zur Kinderpsychotherapie. 1971 veröffentlichte DIETLIND ECKENSBERGER eine Arbeit über Sozialisationsbedingungen der öffentlichen Erziehung, in der sie sich mit der Pathologie der frühen Objektbeziehungen allgemein und besonders in der Heimerziehung auseinandersetzt.

Wie ein roter Faden zieht sich dabei durch alle neueren Arbeiten die Kenntnis von der potentiellen Gefährdung des Säuglings und Kleinkindes, wenn es durch die Trennung bzw. Klinikaufnahme die Mutter, sein erstes und wichtigstes Liebesobjekt verliert.

Allgemeines zur Entwicklung der Mutter- Kind-Beziehung

Nach D. W. WINNICOTT, Kinderarzt und Analytiker gilt folgendes:

"Es gibt kein biologisches Wesen Kind, es gibt nur eine Mutter-Kind-Einheit. Danach müssen wir uns richten!"

Um das Trennungstrauma zu verstehen, ist es daher wichtig, kurz auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung einzugehen.

Die Entwicklung in den ersten Lebensjahren ist bestimmt durch die bedeutsamen und komplizierten Wechselwirkungen zwischen Reifungs- und Entwicklungsprozessen einerseits und Umweltfaktoren andererseits. Die Mutter bzw. eine Person, die die Mutterrolle übernommen hat, bestimmt sich in der Funktion, Mittlerin der Umwelt zu sein. BOWLBY hat daher darauf verwiesen, daß der im einzelnen schwer zu fassende Begriff der "Umwelt" (environment) - etwa Einwirkungen des sozialen Milieus, der Familienstruktur, der ökonomischen Situation usw. - für die allererste Lebenszeit klar definiert werden kann: Der Umgebungseinfluß läßt sich in der Beziehung der Mutter zum Kind greifen. Diese soziale Umwelt gewinnt umsomehr an Bedeutung für den jungen Menschen, wenn man sich vergegenwärtigt, wie immens affizierbar und in der Entwicklung gefährdet er durch seine Hilflosigkeit ist, und das in einer Zeit grundsätzlicher und irreparabler Prägung. (8, 11).

Die Bedeutung der frühen Sozialbeziehungen hat auch in der Entwicklung der Wissenschaft ihren Ausdruck gefunden, nämlich in dem sogenannten objekt-psychologischen Ansatz der Psychoanalyse, der die objektsuchende Natur der Triebe betont. (21). Nach Freud ist das Objekt des Triebes dasjenige, an welchem oder durch welches der Trieb sein Ziel erreichen kann. Dabei wird die Koordination von Trieb und Objekt als angeboren angenommen, wobei aber die Zuordnung flexibel ist. Diese Flexibilität ermöglicht es, daß die Erfahrung über den Einsatz von Objekten die Triebbefriedigung modifiziert, d. h., die Erfahrungen, die die Menschen in der Beziehung zu ihren primären Objekten gewinnen - Frustration, Befriedigung, Verwöhnung usw. - sind für die spätere Gestaltung ihres Trieblebens ausschlaggebend.

Die Beschaffenheit des Objektes an sich und die Art und Weise wie es erlebt wird, wirken zusammen, so daß beide, Subjekt und Objekt, als Momente in die Sozialbeziehung eingehen. (17).

Alle Psychoanalytiker sind sich dabei einig in der Erkenntnis, daß die ersten Objektbeziehungen des Kindes den Grundstein seiner Persönlichkeit legen, über die Natur und Dynamik dieser Beziehung besteht jedoch noch keine Übereinstimmung. Man ist sich einig darin, daß sich in den ersten zwölf Lebensmonaten ein starkes libidinöses Band zwischen Mutter und Kind knüpft, jedoch uneins darüber, welche dynamischen Kräfte die Entstehung dieser Bindung bewirken und fördern. Theorien, die die Auffassung vertreten es gebe von Geburt an eine Objektbeziehung zur Mutter, stehen Theorien entgegen, die in der Objektbeziehung eine langsam fortschreitende Entwicklung von primitiven zu komplizierteren Formen vertreten. (8). Es liegt jedoch nicht im Rahmen dieser Arbeit, ausführlich auf diese Probleme einzugehen; es sei auf die Arbeiten von BOWLBY und SPITZ hingewiesen. (8,27),

Will man die Entwicklung des Kindes in einzelne Phasen, die man hinsichtlich seiner Befähigung zu menschlichen Beziehungen berücksichtigen muß, einteilen, so sind es in großen Umrissen folgende: (10, 27, 28)

- a) Die Phase, in welcher der Säugling damit beschäftigt ist, eine Beziehung zu einer klar umschriebenen Person herzustellen:

Zu seiner Mutter. Dieser Bildungsprozeß läßt sich nach SPITZ in eine objektlose Stufe und die Vorstufe des Objekts einteilen. Die Konstitution des Objektvorläufers zeigt sich im Auftreten des "smiling response" an. Im Alter von 5 - 6 Monaten ist dann die Stufe erreicht, in der das Kind fähig ist, seine primäre Bezugsperson von allen anderen Menschen zu unterscheiden. Das Kind hat eine echte Objektbeziehung hergestellt unter der Bedingung konstanter und affektiver Zuwendung. Danach folgt

- b) die Phase intensivster Mutterbindung, wie sie für das Kleinkindalter typisch ist. Das Kind braucht die Mutter als eine immer gegenwärtige Person. Diese Phase zieht sich etwa bis zum vollendeten 3. Lebensjahr hin, bis die anaklitische Abhängigkeit überwunden wird und Objektkonstanz erreicht ist. Erst dann beginnt
- c) die Phase, in der sich die reiferen, auf Selbsteinsicht und dem "give and take"-Prinzip beruhenden Objektbeziehungen der ödipalen Stufe entwickeln. Das Kind wird fähig, eine kontinuierliche Beziehung zur Mutter auch bei ihrer Abwesenheit aufrechtzuerhalten. Während des 4. und 5. Lebensjahres kann eine derart eingeschränkte Beziehung nur unter günstigen Umständen aufrechterhalten werden und nur für einige Tage und Wochen hintereinander. Im Alter von 7 oder 8 Jahren kann sie, wenn auch nur mühsam, über einen Zeitraum von einem Jahr oder länger bestehen bleiben.

Das Alter in dem diese Phasen entwickelt sind, schwankt zweifellos von Kind zu Kind, ähnlich wie es bei den körperlichen Reifestufen der Fall ist. Eine ähnliche Parallelität findet man auch hinsichtlich der Entwicklungsstörungen; Genauso wie Mißbildungen dadurch entstehen, daß zu einer bestimmten Zeit Regionen geschädigt werden, in denen gerade sehr lebhaft Wachstumsvorgänge stattfinden, hängen auch Art und Schwere einer auf Deprivation folgenden Störung vom jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes ab. (10) BOWLBY vertritt dabei die Ansicht, daß die Mutter und ihre zärtliche Gegenwart wie ein "Organisator" auf die Seele ihres Kindes, das sich noch auf der ganz undifferenzierten Stufe des seelischen Wachstums befindet, wirkt. Die Zeit, in der eine solche Einwirkung stattfinden kann, ist dabei auf die Periode beschränkt, in der die kindliche Persönlichkeit noch ganz ungeformt ist. Es ist daher ziemlich sicher, daß, wenn diese erste Entwicklungsphase, in der das Kind eine Beziehung zu einer bestimmten, in ihrer Individualität erkannten Person, herstellt, (während der ersten ca. 12 Monate), die größten Schwierigkeiten bestehen, den Schaden wiedergutzumachen.

Das seelische Gewebe hat sich verfestigt. Ähnlich scheint es auch eine Grenze zu geben, innerhalb welcher die 2. und 3. Phase durchlaufen werden müssen, wenn die weitere Entwicklung ungestört erfolgen soll. Durch die Erfahrung einer Deprivation werden nun aber die entsprechenden vitalen Wachstumsprozesse geschädigt. Beobachtungen an hochgradig vernachlässigten Kindern zeigen, daß es zu keiner Persönlichkeits- und Gewissensbildung kommt mit allen daraus folgenden Unfähigkeiten. Aus diesen Erkenntnissen kann man schließen, daß die Entwicklung des Menschen als Persönlichkeit davon abhängig ist, daß er sich in einem ständigen Kontakt mit einem Menschen befindet, der in der kritischen Zeit seiner frühen Kindheit für ihn sorgt und die Fähigkeit, sich an die Umwelt von Menschen und Dingen anzupassen, fördert. (10, 15, 28)

Nur aus der Komplexität dieser Entwicklungsvorgänge ist es verständlich, welche Folgen die Deprivation nach sich ziehen kann.

Der aufsehenerregende Report JOHN BOWLBY's vom Jahre 1951 für die Weltgesundheitsorganisation hat den Anstoß zu einer großen Zahl produktiver Untersuchungen gegeben. Dabei hat es sich gezeigt, daß Untersuchungen über die Auswirkungen der Deprivation schwierig und komplex sind. Infolgedessen unterscheiden sich die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen voneinander und die Schlüsse, die man aus ihnen zog, weichen zuweilen voneinander ab und widersprechen sich.

Der Begriff Deprivation wird auf eine Reihe verschiedener Voraussetzungen angewandt, die für sich allein oder in Verbindung miteinander manchmal ähnliche Konsequenzen zu haben scheinen.

Man kann dabei unterscheiden (1):

- a) Seelische Vernachlässigung von Kindern, als Folge eines Heim- oder Krankenhausaufenthaltes, wobei ihnen keine Ersatzmutter zur Verfügung steht. Daraus ergibt sich ungenügende mütterliche Betreuung und keine Möglichkeit, mit einer Mutterfigur in einen engen persönlichen Kontakt zu treten.

- b) Ungenügender und nicht befriedigender Kontakt mit Mutter oder Pflegemutter, obwohl sie ständig anwesend ist.
- c) Trennung von Mutter und Kind (durch Heim- oder Krankenhausaufenthalt), wobei das Kind keinen Kontakt zur etwaigen Ersatzmutter finden kann.
- d) Gestörte Beziehungen ohne Rücksicht auf das Maß des vorhandenen Kontaktes. R. SPITZ spricht von "ungeeigneten Mutter- Kind-Beziehungen", die sich in psychotoxischen Störungen des Kindes äußern.

Man kann also unterscheiden zwischen der Unterbrechung einer bestehenden Verbindung, und der Unzulänglichkeit eines bestehenden Kontaktes. Dabei muß man sich vor Augen halten, daß erstens die Unterbrechung einer Bindung oft mit dem Zustand eines nicht ausreichenden Kontaktes zusammenfällt, und zweitens wiederholte Unterbrechungen der Gefühlsbildung zu einer Mutterfigur negative Wirkung haben können, die ihrer Schwere und Art nach denjenigen gleichen, die als Folge eines sehr mangelhaften Kontaktes über längere Zeit hin auftreten. (1)

Es ist nicht die Absicht, näher auf die Probleme einzugehen, die sich ergeben, wenn ein Kind für längere Zeit (Heimaufenthalt) ungenügende Beziehung zu seiner Mutter hat, vielmehr gilt es das Trennungserlebnis, das ein Kind erleidet, wenn es z. B. für eine kleine Operation in die Klinik kommt, zu beschreiben.

Das Trennungstrauma

Der Problembereich, der sich aus dem plötzlichen Abbruch der Mutter-Kind-Beziehung ergibt, ist bereits seit Jahrzehnten eingehend im angelsächsischen Raum unter dem Begriff "separation" untersucht worden. Die mit "separation" gemeinte Trennungssituation ist dann gegeben, wenn das Kind von seiner Mutter entfernt und der Obhut fremder Personen anvertraut wird. Es ist dabei zu beachten, daß das Alter des Kindes, d. h. in welcher Entwicklungsphase es sich befindet, und ob es bereits eine Beziehung zur Mutter hergestellt hat, eine große Rolle spielt hinsichtlich dessen, infolge des Mangels an mütterlicher Fürsorge Schaden zu leiden.

- Es ist beobachtet worden, daß auch bei jungen Säuglingen (unter 6 Monaten), obwohl sie theoretisch ihr Objekt noch nicht konstituiert haben, nach Trennung Entwicklungsstörungen vorkommen können. Diese Störungen sind viel weniger dramatisch als beim älteren Säugling und wurden anfangs als "leichte Depression" beschrieben. Spätere Beobachtungen ließen diese Bezeichnung jedoch als völlig ungeeignet erscheinen, denn es wurde deutlich, daß der Zustand weder leicht war, noch als Depression bezeichnet werden konnte. Störungen, von denen Kinder im Alter von 3 - 6 Monaten befallen sind, werden nicht so schnell manifest. (10)
- Anders ist es bei Säuglingen, die bereits eine bestimmte Bezugsperson erkennen. SPITZ beobachtete im Laufe einer über längere Zeit fortgesetzten Studie 170 Kleinkinder, die während der ersten Monate ihres Lebens gute Beziehungen zu ihren Müttern hatten und sich gut entwickelten, in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres aber in psychologisch unzureichende Pflege kamen. Nach SPITZ läßt sich dabei eine spezifische Symptomatik beobachten, die sich in dem Maße verschlimmert, als der Entbehrungszustand andauert: Weinerlichkeit, Wimmern, Gewichtsverlust, Entwicklungsstillstand, Schlafstörungen, Kontaktverweigerung, erhöhte Anfälligkeit für Krankheiten, Verlangsamung der Motorik, zunehmende Apathie. Wegen seiner Ähnlichkeit mit dem klinischen Bild der Depression Erwachsener hat SPITZ dieses Syndrom "anaklitische Depression" genannt.

"Anaklitische Depression" ist also eine depressionsähnliche Erkrankung von Kleinstkindern, die durch den Verlust affektiver Zuwendung verursacht wird. Eine für das Entstehen einer "anaklitischen Depression" notwendige Bedingung besteht darin, daß das Kind vor der Trennung eine gute Beziehung zu seiner Mutter gehabt hat. Der Zustand der "anaklitischen Depression" kann behoben werden, wenn der Entbehrungszustand eine bestimmte Frist nicht überschreitet. Setzt man nämlich die Dauer der Trennung in Monaten in Beziehung zu der durchschnittlichen Zunahme des Entwicklungsquotienten (E. Q.) in Punkten, d. h. zu dem quantitativ ausgedrückten Grad der Erholung nach der Wiedervereinigung des Kindes mit seiner Mutter, so ist besonders eindrucksvoll zu sehen, wie stark der E. Q. ansteigt, wenn die Trennung nicht länger dauerte als 3 Monate. Langfristige Trennungen, besonders ab 5 Monaten, führen nach SPITZ zum Hospitalismus. (27)

- Im 2. und 3. Lebensjahr ist die Gefühlsreaktion auf Trennung ebenso heftig. Das Kind hat zwar die erste Phase seiner sozialen Entwicklung schon hinter sich, es hat eine Beziehung zum Mitmenschen hergestellt, bleibt aber dennoch eng an die Mutter gebunden, von der es dauernde Hilfe und Sicherheit erwartet. Nur durch ihre Gegenwart fühlt es sich geborgen und fähig, seine Umgebung zu erforschen und aktiv am Leben teilzunehmen. Wenn es plötzlich von ihr getrennt wird, steht es vor einer Situation, die es mit Schrecken versetzt und vor Aufgaben stellt, denen es sich nicht gewachsen fühlt. In einer solchen Situation geschieht es, daß Fähigkeiten verloren gehen: diese Kinder fallen oft in babyhaftes Verhalten zurück, indem sie einnässen, masturbieren, nicht mehr sprechen und umhergetragen werden möchten. (10) Das Kind ist nicht imstande, die Situation in der es sich befindet, - z. B. Grund, Dauer, voraussichtliches Ende der Trennung und andere Zukunftsmöglichkeiten - richtig abzuschätzen und sich entsprechend einzurichten.

So ist es etwa im Falle einer befristeten Trennung gar nicht fähig, mit Hilfe der Erinnerung an die Vergangenheit, der Aussicht auf die Zukunft und der realistischen Prüfung der Gegenwart die innere Bindung an die abwesende Bezugsperson aufrechtzuerhalten und so den Zeitraum bis zur Wiedervereinigung zu überbrücken. Der Zeitbegriff eines kleinen Kindes ist noch recht vage: Erst ein 3 jähriges Kind kann sich an Ereignisse erinnern, die einige Tage zurückliegen und solche vorstellen, die morgen oder übermorgen stattfinden werden. Doch für weiter in der Zukunft liegende Ereignisse hat das Kind noch keine rechte Voraussicht. Wochen und Monate sind eine Ewigkeit. Dieses begrenzte Zeitgefühl trägt viel zur Verzweiflung eines kleinen Kindes bei, das an einem fremden Ort allein gelassen wurde. Für die Eltern mag es sich um eine relativ kurze Zeit handeln, für das Kind ist sie nicht absehbar. Die Unfähigkeit, sich die Zeit der Rückkehr vorzustellen, zusammen mit dem Gefühl der Hilfslosigkeit ist es, die als Ursache für die überwältigende Angst und Verzweiflung anzusehen ist. (10, 15, 19)

- Die Reaktion dieser Kinder auf Trennungssituationen wie sie konkret z. B. durch die Einweisung in eine Klinik oder ein Sanatorium häufig vorkommt, und ihre Fähigkeit die Trennung von der primären Bezugsperson zu bewältigen, d. h. zu den Personen der neuen Umwelt wieder Beziehung auf dem bereits erreichten Entwicklungsniveau anzuknüpfen, wurden ausführlich schon in den 40er Jahren von ANNA FREUD und DOROTHY BURLINGHAM gesammelt. Sie hatten bei ihrer Tätigkeit im Kriegskinderheim Hampstead Nurseries die Gelegenheit, die psychischen Verhaltensweisen von Kindern unter den Bedingungen des Anstaltslebens und der Trennung von der Familie zu studieren. (12) Ihre Beobachtungen ergeben überzeugend, daß Kleinkinder die Trennung von der Familie als Schock erleben: "Die beunruhigsten Fälle unter unserem Beobachtungsmaterial waren Billy (3 1/2) der nach der Trennung von seiner Mutter in einen Zustand von Verstörtheit, begleitet von Zwangshandlungen, Tics und Zwangsformeln verfiel und Beryl (4), die tagelang

unbeweglich an der Stelle sitzenblieb, wo die Mutter sie verlassen hatte, alle spontanen Lebensäußerungen wie Essen, Sprechen etc. einstellte und wie eine Gliederpuppe mechanisch hin- und herbewegt werden mußte. Neben diesen schweren Störungen hatten wir Gelegenheit, langdauernde Zustände von Heimweh und Verstörung zu beobachten, psychische Zustände, die sich in ihrer Schwere und Bedenklichkeit unvorteilhaft von der Unbekümmertheit abheben, mit der Londoner Kinder an der Seite ihrer Mütter in Luftschutzkellern und Untergrundstationen ihr nächtliches Wesen treiben."

Trennungen von der Familie werden in diesem Stadium anspruchsvollster und ausschließlicher Liebe des Kleinkindes zu seiner Mutter besonders schwer empfunden. Das Kind fühlt sich verlassen, sein Verlangen nach Zärtlichkeit bleibt unbefriedigt, seine neuerworbene Liebesfähigkeit findet sich ohne Objekte. Nach FREUD steigert sich die Sehnsucht nach der Mutter unter diesen Umständen ins Unermögliche und "erzeugt Ausbrüche von Verzweiflung, wie wir sie bei hungrigen Säuglingen sehen können, wenn die Mahlzeit auf sich warten läßt." Dadurch ist es möglich, daß körperliche Bedürfnisse verdrängt werden von der alles überwiegenden Sehnsucht nach der Mutter. "Die verlassenen Kinder klammern sich gewöhnlich an irgendeinen Gegenstand, manchmal an ein Wort, das die Erinnerung an die körperliche Gegenwart der Mutter in ihrem Gedächtnis vertritt. Viele halten krampfhaft ein Spielzeug in ihrer Hand, das die Mutter ihnen beim Abschied zugesteckt hat, andere ein Stück Bettzeug, das von zuhause mitgekommen ist. Manche wiederholen monoton und unaufhörlich den Namen der Mutter, wie z. B. Christine (19 Monate), die 3 Tage lang mit tiefer Stimme "Mam, Mam, Mam, ..." vor sich hinsagte." (12)

- Systematische Untersuchungen der Trennungserlebnisse kleiner Kinder, die seit 1948 von der Tavistock Separation Research Unit unter der Leitung von JOHN BOWLBY, JAMES ROBERTSON und MARY D. AINSWORTH durchgeführt worden sind, haben die von FREUD und BURLINGHAM gesammelten Befunde bestätigt und empirisch festgestellt, daß Kinder zwischen 1 und ungefähr 4 - 5 Jahren auf die Erfahrung der Trennung mit Schock und Angst reagieren. Ausgenommen davon sind diejenigen Kinder, die

schwer krank sind oder bereits unter einem extremen Mangel an Zuwendung gelitten haben. Die Beobachtungen betreffen gesunde Kleinkinder, die in ein Heim oder für eine Untersuchung oder einen chirurgischen Eingriff in eine Klinik kamen, wo in "traditioneller Weise" für sie gesorgt wurde, d. h. durch eine Reihe fremder Pflegerinnen, die sich in der Pflege der Kinder abwechselten. Die Kinder sahen ihre Mütter höchstens täglich kurz zu den Besuchszeiten, meistens aber noch seltener.

Die Reaktion der Kinder auf die Trennung läßt sich dabei in 3 Phasen beschreiben: Protest ("protest"), Verzweiflung ("despair") und Gleichgültigkeit ("detachment" als Gegenbegriff zu "attachment"). (9, 10). Nur für theoretische Zwecke ist es wichtig, diese Phasen scharf zu trennen, in Wirklichkeit überschneiden sie sich jedoch weitgehend, so daß sich das Kind unter Umständen für Tage und Wochen in einem Übergangsstadium befindet.

- a) Die anfängliche Phase des Protests kann einige Stunden bis eine Woche oder länger dauern. Sie ist gekennzeichnet durch die akute Beunruhigung des Kindes über das Wegbleiben der Mutter und angesichts der unvertrauten Umgebung. "Es weint oft laut, rüttelt an seinem Bettchen, wirft sich herum und schaut begierig nach jeder Erscheinung und jedem Geräusch, ob sie sich als die fehlende Mutter erweisen". (9). Noch ist es überzeugt, daß die Mutter zurückkehren wird. Gegenüber dem Pflegepersonal als Ersatzperson verhält es sich ablehnend, "wenn sich auch gewisse Kinder an eine Pflegerin klammern". Der Schlaf tritt nur bei völliger Erschöpfung ein und sowohl Nahrung wie Zärtlichkeit werden abgelehnt. Diese Initialphase geht allmählich in
- b) die Phase der Verzweiflung über, in der die Präoccupation des Kindes mit der fehlenden Mutter noch immer vorherrscht, das Kind aber wachsende Hoffungslosigkeit über ihre Wiederkehr ahnen läßt. Die aktiven Körperbewegungen nehmen ab oder verschwinden, und das Kind weint häufig monoton und periodisch. Es wird ruhiger und fällt in Apathie, stellt keine Forderungen an die Umwelt und scheint sich in einem Zustand tiefer Trauer zu befinden. Dieses stille Stadium wird häufig mißgedeutet und im Sinne einer Abnahme der Not und Verzweiflung

interpretiert. Das Pflegepersonal kann mit dem Kinde leichter umgehen. Ein Besuch der Mutter in diesem Stadium weckt jedoch neue Aufregung, so daß es manche Kontroverse über den Sinn der mütterlichen Besuche gibt. Es ist von Seiten der Schwesternschaft in diesem Zusammenhang häufig der Vorwurf zu hören: Das Kind hatte sich schon so schön beruhigt, bis die Mutter wiederkam und damit alle Aufregung von neuem. (29) JAMES ROBERTSON und seine Mitarbeiter sind hinsichtlich dessen der Ansicht, daß die anfängliche Aufregung ohnehin immer noch vorhanden ist, nur mittlerweile verdeckt, denn es ist psychisch nicht möglich, Schmerz in akuter Intensität dauernd zu ertragen. (15)

- c) In der Phase der Gleichgültigkeit erwacht das Kind langsam aus seiner Apathie, um sich mit mehr Interesse seiner fremden Umgebung zuzuwenden. Es akzeptiert Fürsorge, Nahrung und Spielsachen und sucht vielleicht Gemeinschaft. Man gewinnt den Eindruck, das Kind hätte sich nur erholt. Wenn die Eltern an den Besuchstagen kommen, wird jedoch ersichtlich, daß etwas nicht stimmt. "Weit davon entfernt, seine Mutter zu begrüßen, scheint das Kind sie kaum zu kennen. Weit davon entfernt, sich an sie anzuschmiegen, bleibt es in der Distanz und apathisch. Statt zu weinen wendet es sich lautlos weg. Es ist, als ob das Kind jedes Interesse an der Mutter verloren hätte." Das Benehmen, das für dieses Alter entsprechend der normalerweise starken Bindung charakteristisch ist, fehlt völlig (9).

Wie schwer der Schock für das Kind in dieser Entwicklungsstufe ist, läßt sich auch indirekt an seinem Verhalten bei der Wiedervereinigung mit der Mutter erkennen. A. FREUD schreibt: "Viele Kinder erkennen die Mutter nicht wieder, wenn sie erst nach Ablauf der Eingewöhnungsperiode zurückkehrt". Diese Reaktion gründet nicht in der Schwäche des kindlichen Erinnerungsvermögens denn "dasselbe Kind, das wie versteinert an seiner Mutter vorbeischaute, als hätte es sie nie im Leben gesehen, erkennt Gegenstände aus der früheren Zeit mit Leichtigkeit wieder." Das Kind erkennt also das affektiv bedeutsame Objekt - die Mutter - nicht wieder, bei anderen Personen, - etwa die Väter -, an die es nicht in ähnlicher ausschließlicher Weise gebunden

ist, geht das Wiedererkennen leichter vor sich. "Ihr Kommen und Gehen, an das die Kinder von Anfang an gewöhnt sind, greift nicht in derselben Weise in den Ablauf der Befriedigungserlebnisse ein. Die Trennung von ihnen wirkt darum nicht in derselben Weise schockartig." Diese Unfähigkeit, die Mutter zu erkennen, läßt auf eine schwere Störung schließen, die in der Beziehung des Kindes zu seiner Mutter eingetreten sein muß. Die Mutter wird "vergessen", weil die innere Bindung an sie durch die erlebte Enttäuschung erschüttert worden ist. Das Kind verfeindet sich mit dem Erinnerungsbild der Mutter und verdrängt es aus seinem Bewußtsein. (12)

Auch BOWLBY, der wie FREUD der Ansicht ist, bzw. anhand seiner Fälle feststellte, daß die schädigenden Trennungen immer im 2. Lebensjahr und in der Mehrzahl der Fälle nach dem 1. Lebensjahr auftreten (im Gegensatz zu anderen, die schwerste Schäden der Mutterentbehrung im 1. Lebensjahr feststellten) machte diese Beobachtungen: Kinder, die von ihren Müttern im 2., 3. oder 4. Lebensjahr für einige Monate oder nur Wochen getrennt waren, weigerten sich, sie nach der Rückkehr wiederzuerkennen. BOWLBY glaubt, daß dies bisweilen auf einer echten Unfähigkeit beruht, welche durch den Verlust der Fähigkeit zu abstrahieren und zu identifizieren entstanden ist (bedingt etwa durch die nicht zu individueller Tätigkeit ermutigende Heimatmosphäre, die jeden Versuch scheitern läßt, die Umgebung zu verändern). Bei den meisten Kindern handelt es sich jedoch um eine Verweigerung des Wiedererkennens, da die Kinder, anstatt die Eltern wie Fremde zu behandeln, ihnen absichtlich ausweichen. Das Kind hat gegenüber den Eltern eine gewisse feindselige Einstellung, die es auf verschiedene Weise zum Ausdruck bringt. Sie kann in Form von Wutausbrüchen und Gewalttätigkeit auftreten, bei anderen Kindern kann sie durch Worte ausgedrückt werden. Andererseits kann es aber auch zu excessiven Liebesansprüchen des Kleinkindes an seiner Mutter kommen. (10)

Wie BOWLBY äußert sich auch GERD BIERMANN: "Nach der Entlassung bekundet das Kind nicht selten mit Schreien, ja Schlägen seine Abwehr gegen die enttäuschte Mutter, von der es sich mit der Krankenhausaufnahme im Stich gelassen und verraten fühlt. Noch nach Monaten, bisweilen Jahren, lassen sich neurotische Auswirkungen des Trennungstraumas nachweisen, das als früher Objektverlust in der Liebe zur Mutter erlebt wurde. Sie können spätere Arzt- und Krankenhausbehandlungen als iatrogene Schäden empfindlich behindern " (5).

- Aus dem eben aufgeführten Problemkreis ergibt sich die Frage, welche langfristigen Konsequenzen das Trennungstrauma hat. Es ist sicher, daß eine langanhaltende, schwere Deprivation, die im 1. oder 2. Lebensjahr beginnt, ernste Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung haben wird (z. B. kriminelle Entwicklung, Verlust der Fähigkeit, starke und dauerhafte Bindungen einzugehen) (3, 15, 25). Eine kurze Trennungszeit, wie es operative Eingriffe jetzt noch mit sich bringen, ist unter gewöhnlichen Umständen recht bald und hinsichtlich der äußeren Verhaltensweise auch vollständig zu überwinden. ROBERTSON z. B. berichtet, daß ein Kind sofern es in seiner Reaktion auf die Trennung noch nicht die Phase des "Sich-Zurückziehens" erreicht hat, und besonders, wenn es noch "protestiert", auf die Wiedervereinigung mit seinen Eltern mit einem Verhalten reagiert, das auf Trennungsangst schließen läßt: Es klammert sich stärker als vorher an seine Mutter an, folgt ihr überall hin und wird bei jeder kürzeren Trennung von ihr unruhig. Diese Verhaltensweise kann sofort bei der Wiedervereinigung auftreten oder auch erst nach einiger Zeit im Anschluß an eine Phase, in der das Kind sich wie vor einer Fremden von der Mutter zurückzieht oder sie sogar ablehnt. Vorausgesetzt, daß die Trennung nur kurz war, verschwindet diese übertriebene Ängstlichkeit aber im allgemeinen wieder nach einigen Wochen. Immerhin hat sich gezeigt, daß das Kind auch weiterhin sehr empfindlich auf die Androhung einer Trennung reagiert. Das Vorhandensein dieser verborgenen Störung bedeutet aber, daß die Heilung noch nicht so vollständig ist, wie es den Anschein hatte." (1)

- Die geschilderten Reaktionen finden sich auch noch bei 3 und 5 jährigen, soweit nicht die fortschreitende Entwicklung und die intellektuelle Reifung der Kinder die Situation verändert. Ein besseres Verständnis für die Vorgänge in der Außenwelt und für die Gründe der Trennung mildert die Stärke des affektiven Schocks. Erinnerungen an die Vergangenheit und Hoffnungen für die Zukunft beginnen im Gefühlsleben des Kindes Platz einzunehmen. Ferner macht die Fähigkeit des Sprechens einfache Erklärungen möglich. Das Kind hat eine größere Bereitschaft, sich positiv auf Mutter-Ersatzpersonen einzustellen. (10) Andererseits wirken bei den Trennungen in dieser Lebensperiode neue Faktoren in der Elternbeziehung als erschwerend. Die ausschließliche Bindung an die Mutter hat neuen Gefühlseinstellungen innerhalb des ganzen Familienkreises Platz gemacht. Die Liebesenttäuschung an den Eltern durch etwaige Erziehungsmaßnahmen stören die Harmonie zwischen Kind und Eltern und tragen neue feindselige Elemente in sie hinein. Von den Eltern getrennt, wird es unsicher, inwieweit seine eigenen bösen Wünsche zu diesem Ausgang begetragen haben und es fühlt sich bestraft. (12)
- Im Alter von über 5 Jahren nimmt die Gefahr noch weiter ab, infolge des Mangels an mütterlicher Fürsorge Schaden zu leiden. Es besteht nach BOWLBY jedoch kein Zweifel darüber, daß ein beträchtlicher Teil der Kinder zwischen 5 und 7 - 8 Jahren noch nicht die Fähigkeit besitzt, sich an Trennungen befriedigend anzupassen, besonders wenn diese plötzlich auftreten und keine Vorbereitung möglich war. In Berichten, die über evakuierte Kinder im Alter von 5 - 15 Jahren während des letzten Krieges gegeben wurden, fand sich eine beträchtliche Zahl von Fällen, die mit Schäden reagierten, woraus deutlich wird, daß Kinder dieser Altersstufe emotional noch nicht unabhängig sind (10, 12).

Während also die Auffassung begründet ist, daß erstens alle Kinder unter 3 Jahren unter der Trennung von der Mutter leiden und längere Mutterentbehrung schädliche Folgen haben kann, daß zweitens auch eine große Anzahl der 3 - 5 jährigen durch Mutterentbehrung Schaden leidet, so ist es bei den 5 - 15 jährigen doch nur eine Minderheit. Hier taucht die Frage auf: Warum nur bei den einen und nicht auch bei den anderen?

Wahrscheinlich liegt dies in der Abhängigkeit der Trennungsreaktion von der Mutter-Kind-Beziehung begründet.

Bei Säuglingen kommt es, nach SPITZ, ja nur dann zu "anaklitischen Reaktionen", wenn das Kind vorher eine gute Beziehung zu seiner Mutter gehabt hat. Bei Kinder mit offensichtlich schlechten Beziehungen zur Mutter konnte SPITZ keinen einzigen Fall von "anaklitischer Depression" feststellen. Irgendein Ersatz war mindestens ebenso gut, wie die unbefriedigende biologische Mutter. (27)

In der Altersgruppe zwischen 1 und 5 Jahren scheint die Reaktion auf Trennung nicht so sehr von der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung abzuhängen, sondern wird allein dadurch ausgelöst, daß eine Beziehung besteht. Dabei gibt es auch hier sehr verschiedene Reaktionsweisen und nicht alle Kinder verhalten sich in der vorher geschilderten Art. Wiederum hat es den Anschein, daß diejenigen Kinder mit dem innigsten und glücklichsten Kontakt zur Mutter am meisten leiden. Aber auch ein Kind mit extrem schlechten Eltern, die ihm nur wenig Liebe gaben, empfindet eine tiefe Abhängigkeit. (10) Nach A. FREUD und D. BURLINGHAM muß der Schock der Trennungserfahrung in seiner ganzen Bedenklichkeit auch dann in Rechnung gestellt werden, wenn die Mutter, von denen die Kinder getrennt werden, keineswegs sogenannte ideale oder gute Mütter sind. "Die Erfahrung zeigt, daß kleine Kinder sich auch an Mütter klammern, von denen sie schlecht oder sogar grausam behandelt werden. Die Mutterbindung der frühen Kinderjahre scheint in ihrer Stärke nicht abhängig von den persönlichen Eigenschaften der Mütter und ist sicher ganz unabhängig von ihrer Eignung als Erzieherin." (12) In Heimen betreute Kinder jedoch, die keine gleichbleibende Mutterfigur hatten, zeigen keine dieser Reaktionen, was als die Folge einer bereits geschädigten seelischen Entwicklung anzusehen ist. Es spricht also dafür, daß eine heftige Reaktion normal, und eine apathische Resignation das Zeichen einer krankhaften Entwicklung ist (10).

Im Gegensatz zu den jüngeren Altersgruppen finden wir bei den älteren, daß sie die Mutter umso besser entbehren können, je besser die Beziehung zu ihr ist. BOWLBY schreibt dazu: "Ein glückliches Kind, das sich der Liebe der Mutter gewiß ist, kann nicht von unerträglicher Angst befallen werden.

Ein verunsichertes Kind kann die Sachlage leicht mißverstehen. So können Kinder zwischen 5 und 8 Jahren, die bereits emotinalen Belastungen ausgesetzt waren, sich durch das Erlebnis einer Trennung in ihrem Verhalten verschlechtern, während seelisch gesunde Kinder im gleichen Alter ohne Schaden davon kommen." (10)

Von Leuten, die an der Realität und dem möglichen Ernst der Trennungsreaktionen zweifeln, wird öfters die Meinung geäußert, daß eine geschickte Behandlung sie vermeiden kann. Selbst D. BURLINGHAM und A. FREUD, die sich große Mühe gaben, um dem Kind den Wechsel vom Elternhaus ins Heim zu erleichtern, hatten darin keineswegs immer Erfolg. In einem ihrer Monatsberichte schreiben sie: "Bei neuen Fällen dieser Art haben wir versucht, eine Methode der "Trennung in kleinen Schritten" auszuarbeiten. Obwohl sich dies für Kinder von 4 - 5 Jahren an als hilfreich erwiesen hat, haben wir festgestellt, daß nur sehr wenig zur Verhütung von Regressionen getan werden kann, wenn es sich um Kinder zwischen 1 1/2 und 2 1/2 Jahren handelt. Kinder dieser Altersgruppe können plötzliche Veränderungen und Trennungen für die Dauer eines Tages ohne jede sichtbare Wirkung ertragen. Aber wenn es länger dauert, neigen sie dazu, ihre gefühlsmäßigen Bindungen zu verlieren und in frühere Triebphasen zurückzufallen, d. h. in ihrem Verhalten zu regradieren." (12), Die Vorstellung, daß sich der Trennungsschock durch schrittweise und damit schonende Durchführung vielleicht abmildern lasse, hat sich also als illusorisch herausgestellt. Auch die Untersuchungen der Tavistock-Gruppe bringen dieses Ergebnis.

Das Krankenhaustrauma

Neben der durch das Trennungstrauma hervorgerufenen Verzweiflung des Kindes muß man gleichzeitig beachten, daß sich mit der Krankheit des Kindes auch die Erlebniswelt verändert. Hochfiebernd kann es in einer noch ganz magisch-animistisch erlebten, von Geistern und Dämonen erfüllten Phantasiewelt, von Angstträumen mit Entfremdungserlebnissen bis zu Halluzination geplagt sein. Dabei zeigt jeder Kranke ein regressives Streben zurück zur Mutter, evtl. in embryonale Geborgenheit, so daß manche Schwester oft ganz unverhüllt von ihren "großen Kindern" auf der Station spricht. Gerade die Kinder suchen in dieser Situation die ursprüngliche Mutter-Kind-Einheit wiederherzustellen und längst überwundene kleinkindliche Haltungen wie Einnässen, Einkoten, Babysprache treten wieder auf. Mit ihnen demonstriert das Kind seiner Mutter gegenüber seine Hilfslosigkeit. Diese regressive Symptomatik verstärkt sich mit dem Trennungstrauma eines längeren Krankenhausaufenthaltes (4).

Daneben verunsichert die unheimlich fremde Atmosphäre des Krankenhauses das Kind: weiße Wände, endlose Gänge, weiße Kittel, aggressiv ausschauende, blitzende Instrumente, der Anblick von Blut. Zu dem Verlangen des Kindes nach mütterlicher Wärme steht die kühle Klinikatmosphäre in einem krassen Gegensatz. Das spezialisierte Denken des Klinikers strebt eine möglichst exakte und durch Emotionen unbeeinflusste Diagnostik und Therapie des kranken Kindes an. Je steriler die Krankenhäuser und Operationsräume im Laufe der letzten Jahrzehnte geworden sind, desto menschen- insbesondere kinderfeindlicher wirkt ihre Atmosphäre als ständig traumatisierender Faktor. Ein Erwachsener wird, gerade unter dem Druck seines Leidens, noch die Notwendigkeit erkennen und Bereitschaft zur Mitarbeit einer Klinikbehandlung bekunden. Ein Kind, gleich welcher Altersstufe, würde man überfordern, gleiches bei ihm vorauszusetzen.

Gleichzeitig wirkt sich der ständige Wechsel des Pflegepersonals beunruhigend aus, denn es erlebt diese als elterliche Ersatzpersonen. Wenn man bedenkt, wieviele Personen an großen Kliniken an Chefarztvisiten teilnehmen und in welchem Umfang das Personal im Laufe einer Woche wechselt, so erklärt sich die anhaltende depressive Isolation und Kontaktverweigerung des hospitalisierten Kleinkindes als ein schützender Abwehrmechanismus aus Angst vor ständig neuen Enttäuschungen (4).

Die im Krankenhaus erfahrene Bewegungseinschränkung (Bettruhe) und der Essenentzug (Diät) sind Praktiken, welche das Kind oft schon als Strafmaßnahmen der Eltern zuhause erlebt hat. Gerade der Begriff der Bestrafung tritt in nicht wenigen Kindergemütern als Erklärung für viele Ereignisse auf. Mag die Fremdunterbringung auch eine "vernünftige, notwendige" Maßnahme sein, für das Kind stellt sie sich völlig anders dar: Das bloße Wegbleiben der Mutter bedeutet einen grundsätzlichen Liebesentzug, den es schuldhaft erlebt; die Mutter bleibt weg, d. h. die Mutter ist böse auf mich, d. h. die Mutter straft mich. (15) Gemäß dieser Erlebnisweise entwickelt es Schuldgefühle für längst vergangene Missetaten: "Billy (3 1/2) erfuhr, daß seine Mutter wegen eines kranken Beines ins Spital mußte. Er erinnerte sich plötzlich, daß er einmal mit dem Fuß nach ihr gestoßen hatte, und bekam Angst, er könnte an ihrer Krankheit schuld sein". (12) Ein anderes Mädchen hatte, als man es mit 3 Jahren auf die Infektionsabteilung gebracht hatte, gerufen: "Ich will ein braves Mädchen sein, schickt mich bitte nicht fort!". Bei der Rückkehr war es sehr still und saß meist verängstigt in einem Winkel. Obwohl es nie über diese Erlebnisse sprach, spielte es ausgedehnte Krankenhausspiele, mit seinen Puppen, wobei "Ins-Krankenhaus-Geschickt-Werden" eine Strafe für Ungezogenheit war. (10)

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden von Kindern besonders mit großer Angst erlebt und mit Strafen für aggressive Tendenzen in Verbindung gebracht, zumal wenn ihnen von den Eltern mit diesen Maßnahmen des Arztes, als letzter Erziehungsinstanz, gedroht wurde. Indem jeder diagnostische bzw. therapeutische Eingriff vom Kind als Strafmaßnahme gedeutet wird, wird der behandelnde Arzt vom schuldbewußten Kind einem strengen väterlichen Leitbild zugeordnet. Damit wird ein ambivalenter Aspekt des Arztes evident, der zu allen Zeiten sein Bild und sein Verhalten spiegelte: Er ist einerseits der gute Arzt, der Heilsbringer, zum anderen als dessen Schatten der dämonische Arzt der Horrorfilme, der böse Teufel der amerikanischen mystery-stories, der aus wissenschaftlicher Leidenschaft vor keinem Opfer zurückschreckt. (3, 4, 16) Wie sehr der Arzt-Operateur als Angreifer erlebt wird, geben Kinder in ihren Träumen und Zeichnungen wieder, die oft unverhüllt die Aggression zum Thema haben. Dazu GERD BIERMANN: Ein Jugendlicher steht wegen Stotterns in psychotherapeutischer Behandlung. Er wurde mit 6 Jahren tonsillektomiert

und hatte folgenden Narkosetraum: "Erst war der Arzt nett und half mir auf die Kugel. Dann bekam er ein schreckliches Gesicht". Drei Jahre später hatte er anlässlich einer Phimoseoperation den gleichen Traum: "Wieder half mir der Arzt auf die Kugel. Da verwandelte er sich in einen Teufel." (5)

Neben dem Gefühl der Strafe wird besonders durch eine Operation als Eingriff in die bisherige Unversehrtheit des Körpers, das Urtrauma der Kastrationsangst mobilisiert. Kastrationsängste können noch immer in Kindern geweckt werden, denn - obwohl es die barbarischen Strafen früherer Zeiten für aggressive Handlungen längst nicht mehr gibt - so haben doch die heutigen Erziehungsmaßnahmen immer noch eine entfernte Ähnlichkeit damit, gerade genug, um irgendwelche dunklen Ahnungen und Befürchtungen, die sich als Restbestände durch Vererbung erhalten, wieder neu zu aktivieren. (16)

Für das Kind sind Operationen außerdem von starkem Symbolgehalt. Kranke Kinder erleben ihre Organe entstellt und besetzen sie mit phantastischen Ängsten. In ihren Zeichnungen, Malereien und Plastiken kann man die Überwertigkeit der erkrankten Organe erkennen. Operationen werden daher hochgradig angstbesetzt erlebt. Von besonderem Symbolgehalt sind dabei die Phimoseop., die bei Tabuisierung alles Geschlechtlichen durch die Gesellschaft gesteigerte Kastrationsangst beim Kind hervorrufen. Ferner ist es die Appendektomie, denn der Leib ist bis in die Pupertät hinein eine Höhle voll unklarer, nicht selten mißdeuteter körperlicher Funktionen. Über die Tonsillektomie werden in der Literatur die meisten traumatisierenden Erfahrungen berichtet. Dies liegt nahe, denn der Eingriff spielt sich in einem für das Kind, bes. für das Kleinkind, stark libidinös besetztem Organbereich, nämlich der Oralität oder Mundwelt ab. (3, 4)

Operationen stellen also neben der Krankenhauseinweisung die häufigste Streßsituation des Kindes und Jugendlichen dar. Manche haben noch als Erwachsene das Operationstrauma nicht überwunden. GERD BIERMANN fordert deshalb, daß Operationen nur bei absoluter Indikation durchzuführen sind. Er ist auch der Meinung, daß der Krankenhausaufenthalt auf ein Minimum beschränkt und vor allem ambulant Operieren angestrebt werden soll. Das vom Trennungstrauma und spezifischen Krankenhausängsten nicht betroffene Kind würde dann auch die Operationsangst besser ertragen können. (3)

Medizinisch-technische Aspekte

Frühere Untersuchungen

In der medizinischen Literatur ist wenig über die Möglichkeit des ambulanten Operierens im Kindesalter geschrieben worden. 4 Arbeiten erlauben Vergleiche hinsichtlich der Art der Operationen und des Behandlungsablaufes.

In der Untersuchung von REX LAWRIE; "Operating on Children as Day-Cases" aus dem Evelina Children Hospital, London, von 1964, werden Gründe, die zum ambulanten Operieren führten und Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, um einen Erfolg beim ambulanten Operieren zu erzielen, aufgeführt; daneben Operationen die sich für die ambulante Behandlung eignen sowie die damit verbundenen organisatorischen Maßnahmen.

Gründe, die das ambulante Operieren rechtfertigen, sieht LAWRIE vor allem im Vermeiden von Infektionen während des postoperativen Klinikaufenthaltes und in einem größeren Bettenangebot für dringende Fälle, wobei er sogar das "double-filling system" propagiert.

LAWRIE stehen für ambulant operierte Kinder keine Zusatzbetten zur Verfügung. Die Kinder kommen deshalb in Betten, die bereits für andere Kinder vorgesehen sind. Oder sie werden in Zimmer gelegt, die tatsächlich schon belegt sind, wobei die kleinen Patienten, denen das Bett zusteht, solange aufstehen, bis das ambulant operierte Kind am Nachmittag entlassen wird.

Als weiteren positiven Gesichtspunkt betrachtet LAWRIE die Tatsache, daß keine Wartelisten mehr nötig sind. Besonders stellt er heraus, welchen Vorteil ambulantes Operieren für Kind und Familie bedeutet: "Vielweniger Verwirrung innerhalb der Familie z. Z. der Operation und danach und für das Kind keine schlimme Episode in der Erinnerung, die zum Ansatzpunkt für andere Ängste werden kann. "LAWRIE fordert, daß ambulante Operationen im Kindesalter von dafür ausgebildeten Chirurgen durchgeführt werden sollten, um optimale Resultate zu erzielen. Folgende chirurgische Erkrankungen werden am Evelina Childrens Hospital ambulant behandelt: Inguinalhernie, Umbilikal- und Paraumbilikalhernie, Rectusdiastase, Hydrozele testis, Retentio testis, Cysten (lymph., epidermoid-), evtl. Pylorospasmus z. T. auch Appendicitis. Die Kinder kommen morgens nüchtern zur Operation, wobei die Eltern gewöhnlich beim Kind bleiben, bis es nach der Praemedikation eingeschlafen ist.

Nach der Operation wachen die Kinder auf der Station auf und werden dann, meist am Nachmittag, von ihren Eltern heimgenommen. In den Jahren 1959 - 1963 wurden 734 ambulante Operationen durchgeführt, darunter 154 Herniotomien der Leiste, 80 Herniotomien des Nabels bzw. Operationen von Rectusdiastasen, 136 Circumcisionen, 50 Hydrozelenop., 25 Orchidopexien, 117 Excisionen von Cysten, 35 Endoskopien, 26 Biopsien, 6 Operationen nach Ramstedt, 105 sonstige Operationen. Dabei wurden gute Resultate erzielt. Die Zusammenarbeit mit den Eltern und pädiatrischen Kollegen war ausgezeichnet. "Increased happiness has resulted for the patients and their parents" schreibt LAWRIE zum Schluß. (22)

Ähnlich LAWRIE betonen auch H. BOURMER und E. HIERHOLZER (Köln 1970), daß die Gewährleistung häuslicher Pflege bzw. die gute Zusammenarbeit eine unabdingbare Voraussetzung für amb. Operieren ist. In den Jahren 1968 und 1969 wurden in Köln 165 ambulante Operationen durchgeführt, darunter 97 Circumcisionen, 17 Herniotomien des Nabels, 24 Herniotomien der Leiste (dabei wurde zusätzlich in 6 Fällen eine Phimose, in einem Fall eine Hydrozele, in 6 Fällen eine Retentio testis behoben), 2 Hydrozelenop. verb. mit einer Circumcision, 15 Ohrenplastiken und 10 weitere Plastiken bei Lippenzysten, Zungenpapillomen, Polydaktylie, Sehnenscheidzysten, Ganglion. Das Alter der Kinder reichte vom 1. Lebensmonat bis zum 16. Lebensjahr, das Durchschnittsalter der Kinder betrug 5 Jahre und 1 Monat. Eine Untersuchung der Häufigkeit von Nachbehandlungen in der Krankenhausambulanz ergab, daß nach Circumcisionen im Durchschnitt 2,5 mal, nach Herniotomien der Leiste 2,9 mal, nach Herniotomien des Nabels 2,7 mal, nach Hydrozelenop. 3,5 mal, nach Ohrenplastiken 2,3 mal und nach sonst. chir. Eingriffen 3,3 mal eine Nachbehandlung nötig war. Nur bei 1 Kind kam es postoperativ zu einer Wunddehiszenz; ein Beweis dafür, daß in der Regel durch ambulantes Operieren keine Infektion durch Hospitalkeime entsteht.

Zur katamnestischen Auswertung aller Operationen wurde auch eine Elternbefragung durchgeführt. Von 145 Eltern waren 138 (95,2 %) zufrieden mit der Operation. Nur 7 Eltern (4,8 %) würden ihr Kind nicht nochmal ambulant operieren lassen, dabei war 6 mal der Eingriff wegen Phimose und einmal wegen Hydrozele vorgenommen worden. Es zeigte sich also auch hier die

positive Einstellung der Eltern gegenüber dem amb. Operieren. Von Interesse ist ferner, daß amb. Operieren auch unter dem Aspekt diskutiert werden könnte, Chirurgen in der freien Praxis, bes. aber in Gruppenpraxen, weitere Arbeitsgebiete zu eröffnen (7).

Im Zusammenhang mit organis. Maßnahmen beim amb. Operieren ist ein Bericht aus dem Childrens Hospital Vancouver und dem Department of Paediatrica, University of British Columbia interessant, den DAVENPORT, SHAH und ROBINSON veröffentlicht haben.

Veranlaßt durch steigende Kosten bei konventioneller Durchführung von Operationen wurde dort eine chir. Station eingerichtet, die nur Patienten vorbehalten ist, an denen kleinere Eingriffe amb. durchgeführt werden können. Diese Station nimmt von Montag bis Freitag Patienten auf, öffnet um 7.00 Uhr morgens und schließt gegen 8.30 Uhr abends. Durch farbige Wände und Möbel, Bilder und Spielzeug will man den kleinen Patienten über Krankenhausängste hinweghelfen, außerdem dürfen die Eltern vor und nach der Operation bei ihren Kinder sein. Die Kinder kommen 1 - 2 Stunden vor der Operation in die Klinik, werden praemediziert und nach der Operation in einen Aufwachraum verlegt. Nur bei vollem Bewußtsein werden sie wieder auf die Station gebracht und nach einer gründlichen Untersuchung durch den Anästhesisten entlassen. Pro Tag werden durchschnittlich 16 Patienten versorgt. Der Klinikaufenthalt dauerte während der Zeit vom Dez. 1967 - März 1970, in dem die Daten zu diesem Bericht gesammelt wurden, in 51, 2 % der Fälle 1 - 4 Stunden, in 45,2 % der Fälle 5 - 8 Stunden und in 3,2 % der Fälle mehr als 9 Stunden. Von 833 amb. operierten Patienten wurden 44 Patienten wegen excessiven Brechens, emotionalen Gründen, respiratorischen Problemen und and. anästhesistischen, medizinischen oder chirurgischen Komplikationen stationär aufgenommen. Ambulant wurden folgende Eingriffe durchgeführt: Zahnmed. Behandlungen (49,5 %), Cystoskopien und Endoskopien (8,8 %), Hernioraphien (5,4 %), Schieloperationen (3,0 %) und and. allgemeinchir. Operationen, z. B. Reposition von geschlossenen Frakturen, Entfernung von Fremdkörpern. Etwa 45 % der Kinder waren unter 5 Jahren alt. Neugeborene und Säuglinge unter 6 Monaten wurden nicht ambulant operiert.

An Kindern mit Hämophilie, Leberinsuffizienz, schlecht eingestelltem Diabetes und Infektionskrankheiten wurden keinerlei amb. Eingriffe vorgenommen, bei Kindern mit chronischen Erkrankungen, wie Epilepsie, Asthma, Mukoviscidose, Diabetes, deren Verlauf unter Kontrolle war, führte man amb. Operationen durch, sofern die Anforderungen der Anästhesie erfüllt waren.

Eine Elternbefragung ergab, daß 87,5 % ihr Kind wieder ambulant operieren lassen würden. Fragen, ob ärztliche Hilfe notwendig war, ob die Heimfahrt Probleme brachte, oder ob das Kind besser in der Klinik hätte versorgt werden können, wurden zu 90 % mit nein beantwortet. 94 % der Eltern waren der Ansicht, daß das Kind zu Hause auf alle Fälle glücklicher war. Die Einstellung der Eltern zum amb. Operieren ist also auch hier als positiv zu bewerten. (14)

Wie am Children's Hospital, Vancouver, so besteht auch am Birmingham Children Hospital seit 1970 eine chir. Station, die nur Patienten vorbehalten ist, an denen kleinere Eingriffe vorzunehmen sind. COKERY und COLE veröffentlichten 1974 einen Bericht über diese "5-Day Surgical Ward", die von Montag bis Freitag geöffnet ist. In den letzten 3 Jahren wurden hier 6359 Kinder behandelt. 1469 (23 %) Kinder wurden bereits am Aufnahmetag wieder entlassen, darunter Patienten an denen Herniotomien, zahnmed. Behandlungen und best. röntgendiagnostische und -therapeutische Verfahren vorgenommen wurden. 2206 (35 %) der Kinder mußten eine Nacht im Krankenhaus verbringen, 2391 (38 %) 2 Nächte und mehr. Für 516 Patienten (8 %) war die Entlassung am Freitag nicht möglich, sie wurden auf eine andere Station verlegt.

Die Kinder kommen morgens nüchtern mit den Eltern auf die Station. Nach der Operation werden sie in einen Aufwachraum verlegt. COKERY und COLE sehen nur dadurch die Möglichkeit einer intensiven Überwachung und Pflege während der postop. Phase gegeben. Außerdem glauben sie damit verhindern zu können, daß Kinder, die noch auf ihre Operation warten, durch den Anblick von Kindern in der frühen postop. Phase zusätzlich verängstigt werden. Erst nachdem die Kinder aufgewacht sind und sich von der Narkose erholt haben, kommen sie zurück auf die Station und zu den Eltern. Etwa 7 Stunden nach der Operation werden die 1-Tages-Fälle entlassen. Von Interesse ist, daß COKERY und COLE der Ansicht sind, daß bei Komplikationen während der häuslichen

Pflege die Kinder zurück zur Station und nicht zu Hausarzt bzw. Kinderarzt gebracht werden sollten.

Diese "5-Day Surgical Ward" bietet somit für die kleinen Patienten und ihre Eltern eine ideale Einrichtung. Ein weiterer pos. Aspekt liegt darin, daß kein Mangel an Pflegepersonal besteht, da das Wochenende stets frei ist. Allerdings ist zu bedenken, daß diese Konzentration von ambulanten und leichten Fällen zur Folge hat, daß mit der Zahl der schwerer erkrankten Kinder auf den übrigen Stationen die Belastung für die dortigen Schwestern entsprechend größer ist. Eine gute Kooperation von sämtlichen Stationen ist in diesem System Voraussetzung. (13)

Voraussetzungen ambulanten Operierens

Häusliche Verhältnisse

Ein Kind kann nur dann nach einer Operation am selben Tag nach Hause entlassen werden, wenn die häuslichen Verhältnisse dies zulassen. Das heißt, die Mutter oder eine andere Pflegeperson müssen bis zur Heilung ständig zu Hause sein. Gehen beide Elternteile zur Arbeit, ist die Forderung an die Mutter "Dann müssen Sie eben zu Hause bleiben", nicht ausreichend. Wir wissen aus Erfahrung, daß dies dann nicht immer geschieht und das Kind womöglich unzulänglich versorgt ist. Dies wäre nicht zu verantworten. Die Situation kann nur in einem Gespräch mit den Eltern geklärt werden.

Nach dem Gesetz zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundesgesetzblatt I, 1973, Seite 1925, kann eine berufstätige Frau bis zu 5 Tage im Jahr zu Hause bleiben, wenn sie ein krankes Kind unter 8 Jahren pflegen muß. Erfordert die Pflege des kranken Kindes weitere Tage, so gibt es nur die Möglichkeit, unbezahlten Urlaub zu nehmen. Nach § 242 BGB ist es eine Frage der Zumutbarkeit, sowohl für Arbeitgeber wie Arbeitnehmer, ob der Arbeitnehmer in besonderen Situationen unbezahlten Urlaub nehmen kann.

Der Arzt hat weiter die nicht leichte Aufgabe, zu beurteilen, ob die Eltern in der Lage sind, das Kind postoperativ zu pflegen und nach eindeutiger Information mögliche Komplikationen zu erkennen.

Es ist deshalb zu überlegen, ob nicht das Erlernen einfacher Pflegemaßnahmen in den allgemeinen Schulunterricht und in vergrößertem Maße in die Volkshochschulkurse miteinbezogen werden kann. Im sozialwissenschaftlichen Zweig der Realschulen werden bereits im Rahmen des Faches Erziehungskunde einfache Pflegemaßnahmen gelehrt. Gesundheitsfürsorge und -vorsorge sind heute zentrale Themen. Sie finden ihren Ausdruck auch in der Tatsache, daß jeder Führerscheininhaber Kenntnis in Erster Hilfe haben muß, oder z. B. auch in der Propagierung der Trimm-Dich-Bewegung. Das Erlernen einfacher Hilfen gegenüber andern kranken Menschen (z. B. sorgsames Bedecken und Entkleiden, Hilfe bei Verrichtungen im Bett. Füttern, Fiebermessen etc.) im Rahmen der allgemeinen Bildung ist ohne größeren Zeitaufwand durchaus möglich.

Eine weitere Bedingung besteht darin, daß genügend Raum für die postoperative Pflege des Patienten zur Verfügung steht. Wer in einer Großstadt wie München lebt und sich häufig nach Wohnverhältnissen erkundigt, weiß, wie oft die Möglichkeit, ambulant zu operieren, an Wohnverhältnissen, die eine postoperative

Pflege nicht zulassen, scheitern wird. Bes. bei Gastarbeiterkindern die in der Kinderchirurgischen Klinik der Univ. Kinderklinik 8 % des stationär-behandelten und 8,5 % des ambulantbehandelten Patientengutes ausmachen, wird die häusliche postoperative Pflege oft deshalb nicht in Frage kommen, weil die Wohnverhältnisse leider unzureichend sind. Andererseits bedeutet die stationäre Behandlung für ein Kind, das sich mit seinen Pflegepersonen nicht verständigen kann, u. U. ein grausames Erlebnis.

Wohnt die Familie nicht in einem Bereich, der es erlaubt, jederzeit beim Auftreten irgend einer Komplikation wieder in die Klinik zu kommen, muß ein über die ambulante Operation orientierter Hausarzt erreichbar sein. Ist dies nicht der Fall und wohnt das Kind mehr als 30 km von der Klinik entfernt, - natürlich spielen die Verkehrsbedingungen eine Rolle - ist erneut zu überlegen, ob die stationäre Aufnahme für 2 - 3 Tage nicht vorzuziehen ist.

Voraussetzungen in der Klinik

Ambulantes Operieren bedeutet: a) Mehrarbeit für ärztliches und pflegerisches Personal, b) Mehrbedarf an Raum.

Sind die Wartezeiten durch begrenzte Bettenzahl, nicht aufgrund der Kapazität des Operationssaales hervorgerufen, wird mit der Intensivierung ambulanter Operationen eine Steigerung der Operationszahl insgesamt verbunden sein, ohne daß deshalb gleichzeitig mit zusätzlichen Planstellen zu rechnen ist. Das Pflegepersonal schließlich wird mit dem ständigen Patientenwechsel stärker belastet. Da Aufwachräume vorhanden sein müssen, in denen Angehörige nach "Freigabe" ihres Kindes durch den Anästhesisten beim Aufwachen aus der Narkose zugegen sind, wird der Raumbedarf größer. Bei 4 - 5 ambulanten Operationen pro Tag rechnen wir für unsere Klinik mit 2 weiteren Räumen mit je 2 Betten und 2 Schwestern, von denen eine in der Anästhesie geschult sein sollte.

Wirtschaftliche Aspekte

Am 1.1.1974 sind die Bestimmungen der Bundespflegesatzordnung in Kraft getreten, wonach für alle Patienten grundsätzlich ein allgemeiner Pflegesatz gilt. Dieser beträgt für stationäre Leistungen der Universitätskliniken München 162,68 DM pro Patient und Tag. Für ambulante Behandlung erhält die Klinik pro Quartal und Krankenschein 30,- DM. Ein Selbstzahler 3. Klasse hätte für eine als ambulante Leistung berechnete Circumcision 46,60 DM zu entrichten. Ambulante Eingriffe für diese Beträge durchzuführen, ist vom

wirtschaftlichen Standpunkt aus für die Verwaltung einer Klinik nicht tragbar. Aufnahmeuntersuchung, Narkoseeinleitung, Operation, postoperative Überwachung, der gesamte Aufwand überhaupt, rechtfertigen es, die Patienten für einen Tag stationär zu führen, zumal sie sich im Schnitt 7, 5 Stunden in Klinikbehandlung befinden. Nur so berechnet ist das ambulante Operieren für eine Klinik wirtschaftlich durchzuführen.

Eigene Untersuchungsergebnisse

Art der Operationen

Die Meinungen gehen darüber auseinander, welche Operationen man ambulant ausführen kann. In Frage kommen u. E. Circumcisionen, Herniotomien von Leiste und Nabel, unkomplizierte Appendektomien und Orchidopexien, Repositionen von Frakturen, kleinere Osteosynthesen, Entfernung von Fremdkörpern nach Osteosynthesen, Excisionen von Hämangiomen, Lymphangiomen, Naevi, weitere kleinere plastische Operationen sowie Probeexcisionen.

Behandlungsablauf

Ambulantes Operieren bedeutet weder schnelles Operieren noch "Nur"-Operieren. Damit ist gemeint, daß die präoperative Untersuchung des Patienten mit der gleichen Gründlichkeit ablaufen muß, wie beim stationär behandelten. Die Operationsindikation ist in der Regel in der kinderchirurgischen Sprechstunde gestellt, die Möglichkeit den Eingriff ambulant durchzuführen, mit den Eltern besprochen. Am Operationstag kommen die Kinder um 7.30 Uhr nüchtern in die Klinik. Die unmittelbar vor der Operation vorzunehmende Untersuchung muß ebenso gründlich sein wie vor einer großen Operation und der Anästhesist muß die nötige Zeit und Ruhe dazu haben. Überaus wichtig ist, die Eltern des Kindes noch einmal genau zu befragen, ob der kleine Patient auch wirklich nüchtern ist. Eine mindestens 6-stündige völlige Nahrungskarenz sollte vorausgegangen sein, wobei wir die Eltern bitten, bereits am Vortag nur noch leichte Kost zu geben. Nach der Voruntersuchung folgt die Prämedikation und in angemessenem Abstand die Narkoseeinleitung. Auch bei ambulanten Operationen intubieren wir, wenn wir es für nötig halten. Nach der Operation steht das Kind zunächst unter der Überwachung des Anästhesisten; später, im Aufwachraum, unter der Obhut einer Schwester in Gegenwart der Mutter oder des Vaters. 5 - 6 Stunden sollte man bis zur Entlassung warten. Anästhesist und Operateur untersuchen zuvor den Patienten nochmals. In einem abschließenden Gespräch mit den Eltern erhalten diese Auskunft über die weitere häusliche Behandlung, über etwaige Komplikationen, über die Möglichkeiten, Hausarzt oder Klinik zu erreichen und schließlich (ebenso wie die anderen Daten schriftlich) den Termin zur wichtigen Nachuntersuchung.

Behandlungsplan bei ambulanten Operationen

1. Kinderchirurgische Sprechstunde:

Untersuchung, Vereinbarung evtl. weiterer Untersuchungstermine,
Vereinbarung des Operationstermins.

2. Operationstag:

7.30 Uhr Aufnahme in nüchternem Zustand. Untersuchung
durch den Operateur.

Untersuchung durch den Anästhesisten.

Prämedikation, 1/2 Stunde später Operation.

Postoperative Überwachung durch den Anästhesisten,
im Aufwachraum durch die Schwester in Gegenwart
der Mutter oder des Vaters.

Nach 5 - 6 Stunden Kontrolluntersuchung durch den Operateur,
Kontrolluntersuchung durch den Anästhesisten.

Gespräch mit den Eltern, Besprechung der weiteren
Behandlung beim Hausarzt bzw. im Ambulatorium der Klinik.

3. Ambulante Weiterbehandlung bzw. bei Weiterbehandlung durch den Hausarzt, Nachuntersuchung.

Liegezeiten

Wir haben die Liegezeiten nach Circumcisionen, Herniotomien der Leiste und des Nabels, Orchidopexien, Hydrozelenoperationen und Appendektomien erfaßt. Wir wollten sehen, wie groß dieses Operationsgut ist und in welchem Umfang die Bettenkapazität einer Klinik dadurch belastet wird.

Die gilt für die Univ.-Kinderklinik München für die Jahre 1948, 1958, 1968 und 1972, für die pädiatr. Abteilung des Krankenhauses Harlaching und für die Kinderklinik Regensburg für das Jahr 1972. In diesem Zusammenhang erfaßten wir auch die 1972 ambulant behandelten Kinder.

Wir kamen zu folgenden Ergebnissen:

Kinderchirurgische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik München Durchschnittliche Liegezeiten in den Jahren 1948, 1958, 1968, 1972.

Retentio testis

1948 wurden 26 Orchidopexien durchgeführt. Die durchschnittliche Liegezeit betrug 13 Tage (siehe Tabelle 1).

1958 wurden 36 Patienten mit einseitiger Retentio testis, 1 Patient mit doppelseitiger Retentio testis operiert. Die durchschnittliche Liegezeit betrug 10 Tage, bzw. 11 Tage bei doppelseitiger Retentio testis (siehe Tabelle 2).

1968 verkürzte sich die durchschnittliche Krankenhausverweildauer auf 9 Tage, 206 Patienten wurden operiert (siehe Tabelle 3).

1972 wurden 277 mal eine Retentio testis chir. behandelt, darunter in 235 Fällen eine einseitige, in 42 Fällen eine beidseitige Retentio testis. Die einseitige Orchidopexie wurde bei 2 Patienten zusammen mit einer Hypospadioplastik, bei 1 Kind zusammen mit der Behebung einer Hodentorsion durchgeführt (siehe Tabelle 4).

Von den Patienten mit einseitiger Retentio testis wurden 2 Kinder ambulant behandelt, 233 mußten durchschnittlich 6 Tage im Krankenhaus verbringen. Patienten mit beidseitiger Retentio testis mußten im Durchschnitt 7 Tage liegen (siehe Tabelle 4 und 5).

Tabelle 1

Liegezeiten nach Operation einer Retentio testis 1948

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
9	1
10	1
11	3
12	12
13	4
14	1
17	3
19	<u>1</u>
	26

Durchschnittliche Liegezeit: 13 Tage.

Tabelle 2

Liegezeiten nach Operation einer Retentio testis 1958

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
8	4
9	10
10	13
11	6
12	2
13	<u>1</u>
	36

Durchschnittliche Liegezeit: 10 Tage.

Tabelle 3

Liegezeiten nach Operation einer Retentio testis 1968

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
2	1
4	2
5	1
6	2
7	8
8	32
9	87
10	39
11	14
12	6
13	7
14	4
17	1
18	1
20	<u>1</u>
	206

Durchschnittliche Liegezeit: 9 Tage.

Tabelle 4

Liegezeiten nach Operation einer Retentio testis 1972

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
1	2
2	9
3	12
4	18
5	21
6	40

7	59
8	43
9	17
10	7
11	3
19	<u>1</u>
	232

Durchschnittliche Liegezeit: 6 Tage.

Tabelle 5

Liegezeiten nach Operation einer beidseitigen Retentio testis 1972

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
3	3
4	4
5	5
6	3
7	4
8	8
9	6
10	4
11	2
12	1
14	<u>1</u>
	41

Durchschnittliche Liegezeit: 7 Tage.

Hydrozele

1948 wurden 22 Hydrozelen operiert. Die Kinder mußten durchschnittlich für 9 Tage im Krankenhaus bleiben (siehe Tabelle 6).

1958 wurden 24 Kinder mit Hydrozele in die Klinik aufgenommen. Die durchschnittliche Liegezeit nach der Operation betrug 10 Tage (siehe Tabelle 7).

1968 wurden 39 Hydrozelen operiert, die Patienten lagen durchschnittlich 10 Tage gleichfalls stationär (siehe Tabelle 8).

1972 wurden 98 Hydrozelenoperationen durchgeführt, darunter in 87 Fällen eine einseitige, in 11 Fällen eine beidseitige Hydrozele behoben. In 62 Fällen wurde die Operation einer einseitigen Hydrozele zusammen mit anderen Operationen ausgeführt, dabei in 2 Fällen zusammen mit einer Nabelhernie, in 4 Fällen zusammen mit einer Hypospadioplastik. Bei den Patienten mit beids. Hydrozele wurde in 6 Fällen gleichzeitig eine Leistenhernie, in 2 Fällen eine Nabelhernie behoben. Die durchschnittliche Liegezeit der Kinder mit eins. Hydrozele betrug 4 Tage, 2 Kinder wurden ambulant behandelt. Von den Patienten mit beids. Hydrozele konnte 1 Kind am gleichen Tag entlassen werden, die beiden anderen lagen 4 bzw. 5 Tage stationär (siehe Tabelle 9 und 10).

Tabelle 6

Liegezeiten nach Operation einer Hydrozele 1948

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
2	1
6	1
7	7

8	6
9	2
10	2
12	1
17	1
31	$\frac{1}{22}$

Durchschnittliche Liegezeit: 9 Tage.

Tabelle 7

Liegezeiten nach Operation einer Hydrozele 1958

<u>Liegezeiten in Tagen</u>	<u>Zahl der Fälle</u>
7	2
8	9
9	7
10	2
12	2
14	1
24	$\frac{1}{24}$

Durchschnittliche Liegezeit: 10 Tage.

Tabelle 8

Liegezeiten nach Operation einer Hydrozele 1968

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
5	1
7	2
8	6
9	14
10	6
11	2
13	3
20	1
	<u>35</u>

Durchschnittliche Liegezeit: 10 Tage.

Tabelle 9

Liegezeiten nach Operation einer Hydrozele 1972

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
2	2
3	3
4	6
5	3
6	5
8	1
	<u>23</u>

Durchschnittliche Liegezeit: 4 Tage.

Tabelle 10

Liegezeiten nach Operation einer beids. Hydrozele

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
4	1
5	1

Durchschnittliche Liegezeit: 4 und 5 Tage.

Leistenhernie

1948 wurden 220 Herniotomien der Leiste durchgeführt, in 207 Fällen eins., in 13 Fällen beids. Patienten mit eins. Leistenhernie mußten durchschnittlich 8 Tage, Patienten mit beids. Leistenhernie durchschnittlich 11 Tage liegen. (Siehe Tabelle 13)

1968 wurden 169 eins. Leistenhernien und 3 beids. Leistenhernien operiert, in einem Fall zusammen mit einer Nabelhernie. Die durchschnittliche Liegezeit betrug für Patienten mit eins. Leistenhernie 9 Tage, für Patienten mit beids. Leistenhernie lag sie bei 14 bzw. 15 Tagen (s. Tabelle 14).

1972 betrug die Zahl der Patienten mit eins. Leistenhernie 294, mit beids. Leistenhernie 61. Bei 38 Patienten wurde eine eins. Herniotomie der Leiste zusammen mit der Behebung anderer chir. Erkrankungen vorgenommen (s. Tab. 15). Auch bei 10 Kinder mit beids. Leistenhernie wurden neben der Herniotomie gleichzeitig andere Operationen ausgeführt (s. Tabelle 16) 26 Fälle von eins. Leistenherniotomie, bzw. 4 Fälle von beids. Leistenherniotomie wurden ambulant operiert, die Patienten mußten durchschnittlich 6 bzw. 5 Tagen liegen (siehe Tabelle 15 und 16).

Tabelle 11

Liegezeiten nach Herniotomie der Leiste 1948

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
3	4
4	1
6	9
7	98
8	60
9	13
10	4
11	5
12	1
13	5

15	2
17	1
18	1
20	1
21	1
23	<u>1</u>
	207

Durchschnittliche Liegezeit: 8 Tage.

Tabelle 12

Liegezeiten nachbeid. Herniotomie der Leiste 1948

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
7	2
8	5
9	2
10	1
11	1
20	1
28	<u>1</u>
	13

Durchschnittliche Krankenhausverweildauer: 11 Tage.

Tabelle 13

Liegezeiten nach eins. Herniotomie der Leiste 1958

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
3	2
4	1
6	5
7	10
8	62
9	37

10	24
11	6
12	6
13	8
14	5
15	2
16	2
17	2
18	2
20	2
26	1
39	<u>1</u>
	178

Durschnittliche Liegezeit: 10 Tage (9, 75).

Tabelle 14

Liegezeit nach eins. Herniotomie der Leiste 1968

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
3	1
4	3
5	2
6	1
7	26
8	36
9	35
10	26
11	9
12	10
13	5
14	2
15	1
16	1
18	1

20	1
23	1
31	1
	<u>162</u>

Durchschnittliche Liegezeit: 9 Tage (9, 2).

Tabelle 15

Liegezeiten nach eins. Herniotomie der Leiste 1972

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
2	11
3	33
4	70
5	50
6	37
7	14
8	5
10	3
12	1
14	2
15	1
16	2
21	<u>1</u>
	230

Durchschnittliche Liegezeit: 6 Tage.

Tabelle 16

Liegezeit nach beids. Herniotomie der Leiste 1972

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
2	9
3	8
4	6
5	7

6	6
7	5
8	2
9	1
10	1
11	1
12	$\frac{1}{47}$

Durchschnittliche Liegezeit: 5 Tage.

Nabelhernie

1948 wurden 69 Nabelhernien operiert, die durchschnittliche Krankenhausverweildauer betrug 6 Tage (s. Tabelle 17).

1958 wurden 64 Herniotomien durchgeführt, die Patienten lagen durchschn. 11 Tage stationär (s. Tabelle 18).

1968 verkürzte sich die Liegezeit auf 10 Tage, 47 Nabelhernien wurden behoben (s. Tabelle 19).

1972 verminderte sich die Liegezeit weiter auf 4 Tage, wobei von 48 Patienten 16 Patienten nach der Herniotomie noch am gleichen Tag entlassen wurden. Insgesamt wurden 75 Herniotomien des Nabels durchgeführt, 27 jedoch zusätzlich zu anderen Operationen (s. Tabelle 20).

Tabelle 17

Liegezeiten nach Herniotomie des Nabels 1948

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
7	2
8	33
9	17
10	7
11	3
12	3
13	1
14	1

16	1
20	$\frac{1}{69}$

Durchschnittliche Liegezeit: 9 Tage.

Tabelle 18

Liegezeiten nach Herniotomie des Nabels 1958

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
2	2
3	1
8	18
9	15
10	15
11	3
12	2
14	1
15	1
16	1
17	1
26	1
30	1
31	1
32	$\frac{1}{64}$

Durchschnittliche Liegezeit: 10, 5 Tage.

Tabelle 19

Liegezeiten nach Herniotomie des Nabels 1968

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
6	2
7	1
8	5
9	10
10	11
11	4

12	8
13	2
14	2
15	3
17	$\frac{1}{47}$

Durchschnittliche Liegezeit: 10 Tage.

Tabelle 20

Liegezeiten nach Herniotomie des Nabels 1972

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
2	1
3	11
4	8
5	7
7	2
10	$\frac{3}{32}$

Durchschnittliche Liegezeit: 5 Tage.

Phimose

1948 mußten 31 Patienten mit Phimose nach der Circumcision durchschnittlich 9 Tage im Krankenhaus verbringen (s. Tabelle 21).

1958 wurden 110 Circumcisionen durchgeführt, die durchschn. Liegezeit betrug 7 Tage (s. Tabelle 22).

1968 wurden 210 Phimosen behoben, die Patienten mußten durchschn. 6 Tage liegen. 7 der 210 Patienten hatten weitere chir. Erkrankungen (s. Tabelle 23).

1972 betrug die Zahl der Circumcisionen 307, wobei 225 Patienten ambulant behandelt, wurden und 10 Kinder durchschn. 3 Tage stationär lagen. Bei 72 Patienten wurde eine Circumcision zusammen mit einer anderen Operation durchgeführt (s. Tabelle 24).

Tabelle 21

Liegezeiten nach Circumcision 1948

Liegezeiten in Tage	Zahl der Fälle
6	1
7	3
8	10
9	7
10	4
11	2
12	<u>1</u>
	28

Durchschnittliche Liegezeit: 9 Tage.

Tabelle 22

Liegezeiten nach Circumcision 1958

Liegezeiten in Tage	Zahl der Fälle
2	2
3	5
4	3
5	15
6	18
7	21
8	32
9	9
10	7
11	2
12	1
15	2
16	1
22	<u>1</u>
	119

Durchschnittliche Liegezeit: 7 Tage.

Tabelle 23

Liegezeiten nach Circumcision 1968

Liegezeit in Tage	Zahl der Fälle
2	4
3	14
4	45
5	49
6	33
7	13
8	16
9	9
10	6
11	4
12	3
13	3
15	1
16	1
18	1
20	1
	203

Durchschnittliche Liegezeit: 6 Tage.

Tabelle 24

Liegezeiten nach Circumcision 1972

Liegezeit in Tagen	Zahl der Fälle
2	6
3	3
5	1
	10

Durchschnittliche Liegezeiten: 3 Tage.

Appendicitis

1948: Die Anzahl der Appendektomien sowie die durchschnittliche Liegezeit waren nicht mehr zu eruieren.

1958 wurden 211 Appendektomien vorgenommen, davon 95 nach Appendicitis subacuta, chronica oder als Intervallappendektomie, 48 nach App. acuta, 65 nach App. phlegmonosa und perforata. Der Klinikaufenthalt dauerte 11,9, bzw. 12 Tage (s. Tabelle 25).

1968 verringerte sich die Zahl der eingewiesenen Appendicitiden mit folgender Appendektomie auf 79, darunter 27 mit App. subacuta und chronica, 28 mit App. acuta und 24 mit App. phlegmonosa bzw. perforata. Die Appendektomie erforderte eine durchschnittliche Liegezeit von 10 bzw. 13 Tagen nach App. perforata und phlegmonosa (s. Tabelle 26).

1972 wurden 90 Kinder operiert. Sie mußten durchschn. 6 bzw. 9 Tage (nach App. perforata und phlegmonosa) stationär liegen (s. Tabelle 27).

Tabelle 25

Liegezeiten nach Appendektomie 1958 bei

a) App. subacuta, chronica und Intervallappendektomie

Liegezeit in Tagen	Zahl der Fälle
3	1
4	1
8	12
9	22
10	18
11	9
12	8
13	6
14	2
15	5
16	3
17	1

a)	18	1
	21	3
	22	1
	26	1
	28	<u>1</u>
		45

Durchschnittliche Liegezeit: 11 Tage.

b) App. acuta

Liegezeit in Tagen	Zahl der Fälle
6	1
7	2
8	13
9	18
10	8
11	3
13	1
14	<u>2</u>
	48

Durchschnittliche Liegezeit: 9 Tage.

c) App. phlegmonosa, gangränosa, perforata

Liegezeit in Tagen	Zahl der Fälle
5	2
7	1
8	11
9	4
10	5
11	4
12	5
13	10
14	9
17	3
18	2
19	1
20	2

c)	21	1
	22	2
	25	1
	26	1
	27	$\frac{1}{65}$

Durchschnittliche Liegezeit: 12 Tage.

Tabelle 26

Liegezeiten nach Appendektomie 1968

a) bei App. subacuta, chronica und Intervallappendektomie

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
7	3
8	4
9	7
10	7
11	1
13	1
14	1
15	1
18	1
25	$\frac{1}{27}$

Durchschnittliche Liegezeit: 10 Tage.

b) bei App. acuta

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
7	6
8	6
9	7
10	4
11	-
12	1
14	1
16	1

b)	20	1
	27	$\frac{1}{28}$

Durchschnittliche Liegezeit: 10 Tage.

c) bei App. perforata, phlegmonosa, gangränosa

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
5	1
7	1
8	2
9	2
10	4
11	2
13	1
14	3
15	1
16	1
17	3
20	1
22	1
27	$\frac{1}{24}$

Durchschnittliche Liegezeit: 13 Tage.

Tabelle 27

Liegezeiten nach Appendektomie 1972

a) bei App. subacuta, chronica und Intervallappendektomie

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
1	2
2	1
3	4
4	3
5	6
6	3

a)	7	2
	8	1
	9	1
	10	1
	11	1
	22	<u>1</u>
		26

Durchschnittliche Liegezeit: 6 Tage.

b) bei App. acuta

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
3	2
4	6
5	15
6	12
7	5
8	6
9	3
10	<u>1</u>
	50

Durchschnittliche Liegezeit: 6 Tage.

c) bei App. perforata, phlegmonosa, gangränosa

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
4	2
6	5
7	1
9	1
10	1
13	1
16	1
20	<u>1</u>
	13

Durchschnittliche Liegezeit: 9 Tage.

Kinderchirurgische und orthopädische Abteilung

Städt. Kinderklinik Regensburg

Die freundliche Unterstützung von Herrn Chefarzt Dr. Regenbrecht ermöglichte uns eine Auswertung des Operationsgutes der Kinderchirurgischen Klinik im Jahre 1972.

Herniotomien der Leiste, Orchidopexien, Circumcisionen und Hydrozelenoperationen werden sowohl stationär, als auch in größerem Umfang ambulant durchgeführt. Für die stationär aufgenommenen Kinder ergeben sich dadurch im Durchschnitt längere Liegezeiten, da diese Kinder gewissermaßen eine negative Auslese bezüglich des operativen bzw. postoperativen Verlaufes darstellen.

Die Auswertung des Operationsgutes brachte folgende Ergebnisse:

Phimose

334 Kinder wurden operiert, 250 ambulant, 84 stationär, davon 39 zusammen mit anderen chir. Eingriffen. Die durchschnittliche Liegezeit der stationär aufgenommenen Kinder betrug 7 Tage (siehe Tabelle 28).

Tabelle 28

Liegezeiten nach Circumcisionen

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
1	2
2	2
3	5
4	6
5	3
6	5
7	5
8	5
9	4
10	4
11	1
13	3
	45

Leistenhernie einseitig

Die Herniotomie war in 377 Fällen notwendig und wurde 155 mal ambulant, 222 mal stationär vorgenommen. Bei 29 Kindern wurden neben der Herniotomie weitere Operationen ausgeführt. Der Klinikaufenthalt dauerte im Durchschnitt 14 Tage.

Tabelle 29

Liegezeiten nach eins. Herniotomie der Leiste

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
2	1
3	1
4	2
5	2
6	8
7	8
8	5
9	6
10	17
11	33
12	24
13	21
14	21
15	8
16	11
17	5
18	5
19	4
20	2
21	2
22	3
23	1
24	1
27	2
	<u>193</u>

Leistenhernie beidseitig

Kinder mit beids. Leistenhernie wurden stationär aufgenommen und lagen im Durchschnitt 16 Tage im Krankenhaus. 13 beids. Leistenhernien wurden behoben, darunter 1 Operation gleichzeitig mit einem anderen chir. Eingriff.

Tabelle 30

Liegezeiten nach beids. Herniotomie der Leiste

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
11	3
12	3
15	1
16	1
18	1
22	2
31	1
	<u>12</u>

Retentio testis einseitig

Orchidopexien wurden 25 mal ambulant durchgeführt, 140 mal stationär, dabei in 2 Fällen zusammen mit einer Hypospadioplastik. Die Patienten mußten durchschnittlich 14 Tage stationär liegen.

Tabelle 31

Liegezeiten nach einer eins. Retentio testis

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
8	2
9	2
10	4
11	4
12	7
13	32
14	38
15	19
	<u>108</u>

16	6
17	7
18	5
19	1
20	5
21	1
22	1
24	2
25	<u>2</u>
	138

Retentio testis beidseitig

Eine beids. Retentio testis wurde in 24 Fällen stationär behoben, die durchschn. Liegezeit betrug 20 Tage.

Tabelle 32

Liegezeiten nach einer beids. Retentio testis

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
1	1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	2
14	1
20	1
21	3
22	1
23	2
24	4
27	2
28	1
29	1
34	<u>1</u>
	24

Hydrozele einseitig

16 Kinder wurden ambulant operiert, 39 stationär aufgenommen. 12 Hydrozelen wurden neben anderen chir. Eingriffen gehoben. Stationär aufgenommene Patienten verbrachten durchschn. 14 Tage im Krankenhaus.

Tabelle 33

Liegezeiten nach eins. Hydrozelenoperation

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
7	1
8	1
10	3
11	2
12	4
13	6
14	1
15	1
16	4
17	2
21	1
25	1
	<u>27</u>

Hydrozele beidseitig

Die Operation einer beids. Hydrozele wurde in 6 Fällen stationär ausgeführt, die Kinder verließen nach durchschn. 21 Tagen die Klinik. Bei 2 Patienten erfolgte die Behebung einer Hydrozele zusammen mit einer anderen Operation.

Tabelle 34

Liegezeiten nach beids. Hydrozelenoperation

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
13	1
21	1
24	1
26	1
	<u>4</u>

Nabelhernie

76 Kinder wurden zur Herniotomie stationär aufgenommen. Der Klinikaufenthalt dauerte im Durchschnitt 12 Tage. In 5 Fällen wurde n. a. Eingriffen eine Herniotomie des Nabels ausgeführt.

Tabelle 35

Liegezeiten nach Herniotomie des Nabels

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
2	3
3	1
4	1
6	2
7	1
8	2
9	4
10	11
11	8
12	6
13	9
14	7
15	6
16	3
17	1
20	3
23	1
24	1
25	1
	<u>71</u>

Appendicitis

Die Appendektomie wurde 226 mal vorgenommen, darunter waren 97 Kinder mit App. simplex, subacuta, chronica und Intervallappendektomie, die durchschn. 12 Tage stationär lagen, 60 Kinder mit App. acuta, deren Liegezeit durchschn. 11 Tage betrug, und 67 Kinder mit App gangränosa, phlegmonosa, perforata, die 13 Tage stationär behandelt wurden.

Tabelle 36

Liegezeiten nach Appendektomie

a) bei App. simplex, subacuta, chronica und Intervallappendektomie

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
8	4
9	10
10	20
11	12
12	15
13	12
14	9
15	5
16	2
17	2
18	1
19	1
23	3
27	1
	97

Durchschnittliche Liegezeit: 12 Tage.

b) bei App. acuta

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
4	2
6	1
7	3
9	5
10	12
11	15
12	7
13	8
14	4
15	1

b)	18	1
	22	<u>1</u>
Durchschnittliche Liegezeit:	11 Tage.	60

c) bei App. ganränosa, perforata, phlegmonosa

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
9	3
10	7
11	9
12	8
13	14
14	9
15	7
16	2
17	1
18	2
19	2
20	1
24	1
27	<u>1</u>
Durchschnittliche Liegezeit:	13 Tage.
	67

Kinderabteilung des Städt. Krankenhaus München-Harlaching

Durch die freundliche Genehmigung von Herrn Prof. PACHE war es uns möglich, in der Kinderabteilung die durchschnittlichen Liegezeiten der Kinder nach Operation einer Phimose, Leisten- und Nabelhernie, Hydrozele, Retentio testis und Appendicitis im Jahre 1972 festzustellen.

Wir kamen zu folgenden Ergebnissen:

1972 wurden 78 Circumcisionen vorgenommen, davon 6 zusätzlich zu einer anderen Operation. Die Circumcision erforderte eine durchschn. Liegezeit von 3 Tagen. Bei Herniotomien des Nabels betrug die Liegezeit durchschn. 8 Tage. 18 Patienten wurden operiert, bei 1 Patienten gleichzeitig eine Herniotomie des Nabels und der Leiste durchgeführt. Hernien der Leiste wurden 70 mal behoben, davon in 2 Fällen eine beids. Leistenhernie, 9 Herniotomien wurden

zusammen mit anderen Operationen vorgenommen. Der Klinikaufenthalt dauerte durchschnittlich 8 Tage, bei beids. Leistenhernie 14 bzw. 15 Tage. Orchidopexien wurden bei 9 Kindern ausgeführt, sie lagen im Durchschnitt 8 Tage stationär. 9 Patienten mit Hydrozele (davon 4 mit zusätzlicher Leistenhernie) hatten die gleiche Liegezeit. Bei 248 Patienten war eine Appendektomie notwendig, wobei 81 Patienten mit App. acuta und 120 Patienten mit App. subacuta, catarrhalis chronica im Durchschnitt 7 Tage, 39 Patienten mit App. gangränosa, phlegmonosa, perforata 12 Tage in die Klinik aufgenommen wurden (siehe Tabellen 37 - 43).

Tabelle 37

Liegezeiten nach Circumcisionen

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
2	1
3	61
4	8
5	<u>2</u>
	72

Durchschnittliche Liegezeit: 3 Tage.

Tabelle 38

Liegezeiten nach Herniotomie des Nabels

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
7	1
8	<u>16</u>
	17

Durchschnittliche Liegezeit: 8 Tage.

Tabelle 39

Liegezeiten nach Herniotomie der Leiste

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
5	1
6	1
7	6
8	48
9	7

10	1
11	2
13	<u>2</u>
Durchschnittliche Liegezeit: 8 Tage.	68

Tabelle 40

Liegezeiten nach beids. Herniotomie der Leiste

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
14	1
15	$\frac{1}{2}$

Tabelle 41

Liegezeiten nach Orchidopexien

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
8	6
9	1
10	1
17	$\frac{1}{9}$

Durchschnittliche Liegezeit: 8 Tage.

Tabelle 42

Liegezeiten nach Hydrozelenoperationen

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
6	1
7	1
8	2
9	$\frac{1}{5}$

Durchschnittliche Liegezeit: 8 Tage.

Tabelle 43

Liegezeiten nach Appendektomien

a) bei App. subacuta, chronica und Intervallappendektomie

a)

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
5	1
6	2
7	89
8	21
9	3
10	3
13	<u>1</u>
	120

Durchschnittliche Liegezeit: 7 Tage.

b) bei App. acuta

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
6	1
7	62
8	10
9	6
14	1
15	<u>1</u>
	81

Durchschnittliche Liegezeit: 7 Tage.

c) bei App. phlegmonosa, gangränosa, perforata

Liegezeiten in Tagen	Zahl der Fälle
6	1
7	24
15	2
16	1
17	2
18	1
19	2
20	1
21	1
24	<u>4</u>
	39

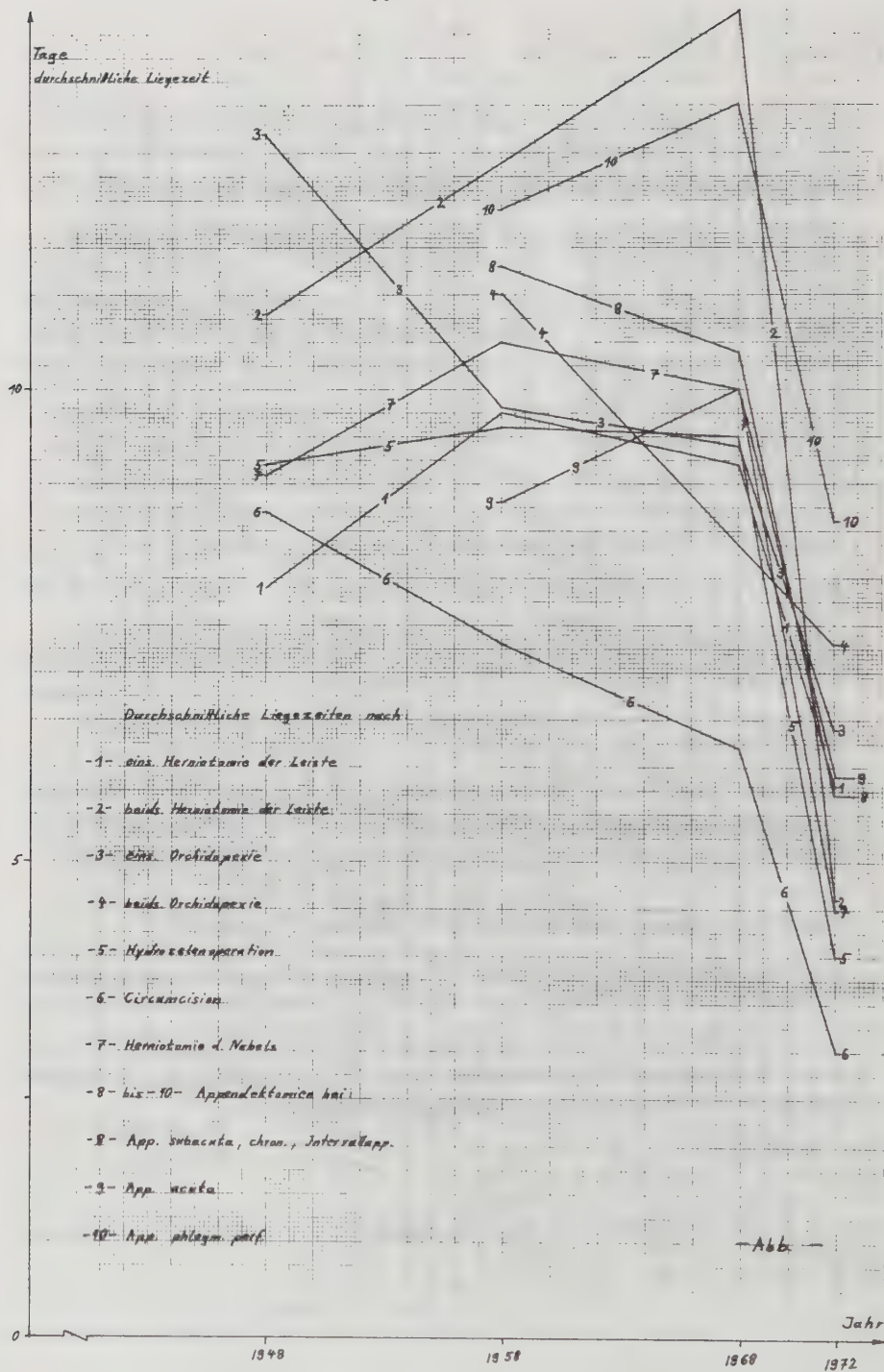
Durchschnittliche Liegezeit: 12 Tage.

Bewertung der Liegezeiten

Die Aufstellung der Liegezeiten in den Jahren 1948, 1958, 1968 und 1972 an unserer Klinik zeigt, daß die durchschnittlichen Liegezeiten seit 1948 immer kürzer wurden. Während 1948 Kinder nach Operationen einer Retentio testis noch durchschnittlich 13 Tage liegen mußten, betrug die durchschnittliche Liegezeit 1972 nur 6 Tage. Ähnlich verkürzten sich die Liegezeiten nach Herniotomien der Leiste und des Nabels, Hydrozelenoperationen, Appendektomien und Circumcisionen (siehe Abb.).

1972 wurden 276 Kinder ambulant operiert. Vor allem Circumcisionen wurden ambulant vorgenommen (225 Fälle), die übrigen Eingriffe, die sich für ambulantes Operieren eignen, fallen zahlenmäßig noch nicht ins Gewicht (Orchidopexien: 2 Fälle, Herniotomien der Leiste: 30 Fälle, des Nabels: 16 Fälle, Hydrozelenop: 3 Fälle). Je mehr Kinder ambulant operiert werden, desto länger werden für die stationär Behandelten die durchschnittliche Liegezeiten. Sie werden dann durch die Länge des Klinikaufenthalts der Kinder bestimmt, die entweder aufgrund anderer Erkrankungen nicht für ambulante Operationen geeignet sind, oder deren Operation bzw. postoperativer Verlauf die stationäre Behandlung für besser erscheinen ließen. Dies ist sowohl aus der Aufstellung der durchschnittlichen Liegezeiten an unserer Klinik, als auch an der Klinik in Regensburg zu erkennen. Würde man z. B. bei der Aufstellung der durchschnittlichen Liegezeiten für eins. Leistenhernie 26 ambulant operierte Patienten als Fälle mit 1 Tag Liegezeit zur Berechnung heranziehen, ergäbe sich statt einer durchschnittlichen Liegezeit von 6 Tagen eine Liegezeit von 5 Tagen.

Da an der Kinderklinik Regensburg sehr viel von der Möglichkeit des ambulanten Operierens Gebrauch gemacht wird, ist dort auch die durchschnittliche Liegezeit für die stationär aufgenommenen Kinder entsprechend höher (s. Tabelle 28 - 36). Unter 447 ambulanten Eingriffen waren 155 Herniotomien der Leiste, 25 Orchidopexien, 250 Circumcisionen, 16 Hydrozelenoperationen.



Elternbefragung im Raum Regensburg

Da der Erfolg des ambulanten Operierens sehr von einer guten Zusammenarbeit des Krankenhauses mit den Eltern abhängt, ist es unbedingt notwendig, die Einstellung der Eltern zum ambulanten Operieren zu kennen. Anregungen von dieser Seite können durchaus wertvoll sein. Dies gab den Anstoß zu einer Elternbefragung im Raum Regensburg

Fragebogen

Würden Sie Ihr Kind in einem ähnlichen Fall wieder ambulant operieren lassen: ja/nein) +

falls nein: Gründe:
.....
.....
.....

Angaben über die Familie

Wohnort:

Einwohnerzahl (ungefähr):

Entfernung von Regensburg (ungefähr): km

Vater: Beruf: Alter: Jahre,
verh./verwitw./gesch./led.) +

Krankenkasse:

Operiertes Kind: Geschlecht: männlich/weiblich) +

Alter zur Zeit der Operation: Jahre

Besuchte es zur Zeit der Operation

den Kindergarten: ja/nein) +

die Schule: ja/nein) +

von wem wird das Kind vorwiegend versorgt ?

Mutter/Großmutter/Pflegemutter/Heim) +

hat es ein eigenes Zimmer? ja/nein) +

Geschwister: Anzahl

Alter:

wieviel besuchen die Schule:

wieviele besuchen den Kindergarten:

Bei Berufstätigkeit der Mutter:

Berufstätigkeit: halbtags/ganztags) +

Wer hat nach der Operation das Kind versorgt: Mutter/Großmutter/Vater/
größere Geschwister/sonst. Verwandte) +

War es für Sie sehr schwierig, jemanden für die Pflege des Kindes
zu gewinnen: ja/nein) +

Hatten Sie dadurch berufliche Schwierigkeiten (z. B. Unverständnis
des Chefs, der Kollegen): ja/nein) +

Hatten Sie dadurch finanzielle Einbußen: ja/nein) +

Eigene Erfahrungen oder Ergänzungen, die für uns von Interesse
sein könnten:

.....
.....

) + nicht zutreffendes bitte streichen

In der Städtischen Kinderklinik Regensburg, kinderchirurgischen Abteilung,
werden unter Chefarzt Dr. Regenbrecht bereits seit einiger Zeit - vor allem
bedingt durch Raumnot infolge eines Umbaues - in größerem Umfang ambu-
lante Operationen durchgeführt. Die Kinder wurden an Hernie inguinalis,
Phimose, Retentio testis und Hydrozele ambulant operiert. Sie mußten dazu
morgens um 7.00 Uhr nüchtern in die Klinik kommen, wurden operiert und
nach dem Aufwachen aus der Narkose sofort von ihren Eltern mit nach Hause
genommen. Das Alter der Kinder reichte von 1/4 Jahr bis zu 12 Jahren.
(Tabelle 44)

Tabelle 44

Altersaufgliederung der ambulant operierten Kinder, die durch die Elternbefragung erfaßt wurden:

	Patient jüngster	ältester	Durchschnitts- alter	Anzahl
Leistenhernie	1/4 Jahr	11 Jahre	3 1/2 Jahre	25
Retentio testis	1 1/2 Jahre	12 "	6 3/4 "	8
Phimose	1 1/4 Jahre	10 "	5 "	18
Hydrozele	1/4 Jahr	10 "	3 3/4 "	6

Die Eltern wohnten entweder direkt in Regensburg, aber zum größten Teil in einem Umkreis bis zu 30 km. Der Wohnort war aber in manchen Fällen auch bis zu 100 - 150 km entfernt. (Tabelle 45)

Tabelle 45

Entfernung des Wohnortes der befragten Eltern:

1 - 5	km	: 12	Eltern	
5 - 10	km	: 2	"	
10 - 15	km	: 3	"	
15 - 20	km	: 7	"	
20 - 30	km	: 8	"	durchschnittliche Entfernung:
30 - 40	km	: 6	"	30 km
40 - 50	km	: 7	"	
50 - 75	km	: 3	"	
75 - 100	km	: 5	"	
100 -		: 6	"	

Von 100 angeschriebenen Eltern antworteten 57, 56 hatten eine positive Einstellung zum ambulanten Operieren. Nur 1 Elternpaar würde ihr Kind nicht mehr ambulant operieren lassen. Es handelt sich dabei um die Operation einer Retentio testis, der ein Rezidiv folgte. Der Großteil der Eltern ist sehr zufrieden über den Verlauf der Operationen und der postoperativen Tage. Finanzielle Einbußen gaben nur wenige an. Einige Väter mußten sich jedoch einen Urlaubstag nehmen, um ihre Kinder nach Regensburg zu fahren. Von den 8 berufstätigen Müttern mußten 4 ihren Urlaub opfern um ihre Kinder

pflegen zu können; die anderen ließen ihre Kinder durch die Großmutter versorgen bzw. machten keine Angaben, wer das Kind versorgte.

Bei einigen Eltern, die ihr Kind wieder ambulant operieren lassen würden, wird jedoch auch Kritik laut. Diese gründet weniger in Vorkommnissen während der postoperativen Pflege zu Hause (nur 2 Eltern klagen über einen Wundinfekt), sondern richtet sich häufig gegen die Organisation, d. h. den Behandlungsablauf beim ambulanten Operieren. Manchen Eltern sind die Wartezeiten zu lang, andere vermissen zu Recht einen Aufwachraum, Nachteile, die ebenso wie an unserer Klinik durch die zur Zeit noch beengten Raum- und unzureichenden Personalverhältnisse bedingt sind.

Vom psychohygienischen Standpunkt aus gesehen, äußerten sich die meisten Eltern sehr positiv darüber, daß für sie die Operationsvorbereitung des Kindes unter dem Versprechen, es könne gleich wieder nach Hause mitkommen, erleichtert wurde. So wurde die Operationsangst des Kindes vermindert und das Krankenhaus gleicht in der Erinnerung der Kinder keinem Schreckensbild.

Erfahrungen an der Universitätskinderklinik München

Bei den letzten 125 ambulanten Operationen haben wir die zuständige Schwester gebeten, Aufzeichnungen über das Verhalten von Kind und Mutter zu machen. 102 mal hatte die Schwester den Eindruck, daß der gesamte Ablauf der Behandlung vom Kind ohne Schwierigkeiten toleriert wurde. Die Anwesenheit der Mutter empfand sie 38 mal als hervorragende Hilfe, in der Mehrzahl der Fälle als arbeitssparende Unterstützung, 18 mal als etwas lästig aufgrund dauernder Arbeitsunterbrechungen durch die stets mit einem neuen Wunsch erscheinende Mutter.

Dies ist ein Ergebnis, das zeigt, daß die Kooperation Schwester-Mutter als realisierbar Faktor durchaus in unseren Behandlungsplan einzubauen ist.

Diskussion

Die Psychohygiene des Kindes veranlaßte uns, Untersuchungen über die Trennungsreaktionen hospitalisierter Kinder durchzuführen.

Wie ein roter Faden zieht sich dabei durch alle neueren Arbeiten (BOWLBY, BROCHER, ECKENSBERGER, A. FREUD, HEINICKE, MEIERHOFER, SPITZ u. a.) die Kenntnis von der potentiellen Gefährdung des Kindes bes. der Kleinkindes, wenn es durch Trennung die Mutter als wichtigstes Liebesobjekt verliert.

Von Leuten, die an der Realität und dem möglichen Ernst der Trennungsreaktionen zweifeln, wird öfters die Meinung geäußert, daß eine geschickte Behandlung sie vermeiden kann. Selbst D. BURLINGHAM und A. FREUD, die sich große Mühe gaben, um den Kindern die Trennung vom Elternhaus zu erleichtern, hatten damit meist nicht Erfolg (12). Die Vorstellung, daß sich der Trennungsschock durch schrittweise und damit schonende Durchführung vielleicht abmildern lasse, hat sich also als illusorisch herausgestellt. Auch die Untersuchungen der Tavistock Research Unit bringen dieses Ergebnis (10). Schwestern und Pflegepersonal klagen häufig darüber, daß gerade die ambulant operierten Kinder, die bis zum Spätnachmittag auf Station liegen, viel unruhiger und schwieriger zu behandeln seien als schon länger stationär liegende Kinder. Die Reaktion dieser Patienten ist aber durchaus normal und nicht überraschend, wenn man die Untersuchungen von SPITZ und der Tavistock Research Unit kennt. Kinder die nicht in dieser Weise auf Trennung reagieren, können nur als psych. gestört betrachtet werden, da ihnen der enge Kontakt zu einer Bezugsperson fehlt. Wenn andererseits kleine Patienten, die schon länger stationär liegen, ruhiger und ausgeglichener erscheinen, heißt dies nicht unbedingt, daß sie sich eingewöhnt hätten, wie das Pflegepersonal oft meint.

Die Kinder befinden sich in einer Phase, in der sich wachsende Hoffungslosigkeit über die Wiederkehr der Mutter in ihrem Verhalten ausdrückt. Ein Besuch der Mutter in diesem Stadium weckt jedoch neue Aufregung, so daß es auch schon manche Kontroverse über den Sinn des mütterlichen Besuches gegeben hat. Die anfängliche Aufregung ist immer noch vorhanden, nur mittler-

weile verdeckt, denn es ist psychisch nicht möglich, Schmerz in akuter Intensität dauernd zu ertragen (10). Man sollte deshalb versuchen, bei kleineren Eingriffen jedem Kind die ambulante Operation zu ermöglichen bzw. den Krankenhausaufenthalt auf ein Minimum zu beschränken.

Diese Überzeugung wird auch in früheren Untersuchungen über ambulantes Operieren vertreten, so bei LAWRIE, BOURMER/HIERHOLZER, COKERY/COLE und DAVENPORT/SHAH/ROBINSON. Ferner wird in diesen Arbeiten - besonders bei LAWRIE - wiederholt die gute Zusammenarbeit mit den Eltern betont. Daher ist es unbedingt nötig, - und das entspricht sowohl unserer, als auch der Meinung von BOURMER/HIERHOLZER - genauestens zu prüfen, inwieweit man sich auf die Eltern verlassen kann. Ob hier flexibel gehandelt werden soll und wo eine absolute Grenze zu ziehen ist, wird immer schwierig sein, denn auch in kleinen und bescheidenen Verhältnissen kann die postoperative Pflege unter der positiven Einstellung der Mutter zum Kind erfolgreich verlaufen. Andererseits bestehen doch auch Zweifel, ob der Kinderarzt im relativ kurzen Gespräch mit den Eltern die wahren Verhältnisse geschildert bekommt. In dieser Hinsicht kann ein informatives Gespräch mit dem Hausarzt sicher sehr nützlich sein.

Die Haltung der Eltern zum ambulanten Operieren ist fast durchwegs positiv. Gründe dafür liegen darin, daß die Eltern die Möglichkeit haben, ihr Kind zu Hause zu pflegen und damit ihm und sich die Qual einer Trennung ersparen können. Nicht nur unsere Elternbefragung im Raum Regensburg brachte dieses Ergebnis, Elternbefragungen im Kölner Raum und in Vancouver verliefen ähnlich. In Köln gaben 95,6 % und in Vancouver 87,5 % der Eltern eine positive Antwort auf die Frage, ob sie ihr Kind nochmals ambulant operieren lassen würden.

Unter med.-techn. Aspekt betrachtet, ergibt ein Vergleich der Untersuchungen, die an unserer Klinik gemacht wurden, und der Ergebnisse aus der Kölner bzw. Londoner Klinik, daß dort in etwa die gleichen Operationen ambulant durchgeführt werden. Es handelt sich um Circumcisionen, Orchidopexien, Herniotomien der Leiste und des Nabels, Hydrozelenoperationen und evtl. Appendektomien, (LAWRIE bezeichnet diese als Ausnahmen, ebenso erwähnt

BOURMER sie nicht unter seinen ambulant ausgeführten Operationen). In Birmingham und Vancouver werden vor allem zahnmed. Eingriffe ambulant vorgenommen, aber auch Herniotomien, Repositionen von geschlossenen Frakturen, Entfernung von Fremdkörpern, Schieloperationen und andere.

Der Behandlungsablauf wird in dem Artikel von BOURMER nicht näher erläutert, am Evelina Hospital scheint er ähnlich zu sein wie bei uns. LAWRIE betont, daß bis zum Erwachen des kleinen Patienten stets eine Schwester anwesend sein sollte. DAVENPORT/SHAH/ROBINSON und COKERY/COLE berichten bereits über die Einrichtung von Aufwachräumen auf ihren "5 Day Surgical Wards", um Kinder in der frühen postoperativen Phase möglichst intensiv überwachen zu können. Im Interesse des Kindes, aber auch des Pflegepersonals sollen die pro Tag durchgeführten Operationen auf eine bestimmte Anzahl beschränkt werden. Gerade für Kleinkinder ist es eine Qual, lange warten zu müssen. Zusammen mit anderen Unannehmlichkeiten kann eine ambulante Operation somit auch zu einer schrecklichen Episode werden, wie aus den Klagen mancher Eltern zu entnehmen ist.

Die postoperative Nachkontrolle kann entweder durch die Krankenhausambulanz oder durch den Hausarzt vorgenommen werden. Dabei ist für Eltern und Kinder, die etwas weiter entfernt wohnen, eine gute Zusammenarbeit des Krankenhauses mit den Hausärzten besonders wichtig. Dies betont auch LAWRIE, der stolz auf die Hilfe und Zusammenarbeit mit pädiatrischen Kollegen in diesen Fällen ist. COKERY und COLE jedoch vertreten die Ansicht (ohne Angabe von Gründen), daß notwendige Nachbehandlungen nur in der Klinik erfolgen sollten.

Unser Vorgehen ist auf Seite 34/35 ausführlich geschildert.

Wirtschaftliche Aspekte wurden weder bei LAWRIE noch bei BOURMER/HIERHOLZER angeschnitten. DAVENPORT, SHAH und ROBINSON betrachten ihre "5 Day Surgical Ward" u. a. als eine kostensparende Alternative gegenüber konventionell ausgeführten Operationen. Der Bericht von COKERY und COLE streift wirtschaftliche Aspekte insofern, als betont wird, daß auf einer "5 Day Surgical Ward" kein Mangel an Pflegepersonal bestehe, da das Wochenende stets frei sei. Wirtschaftliche Gesichtspunkte bestimmen auch unsere org. Maßnahmen beim ambulanten Operieren mit. Bei der derzeit so unterschiedlichen

Bezahlung von ambulant und stationär ausgeführten Leistungen erscheint es uns gerechtfertigt, die Patienten für 1 Tag als stationär zu führen, zumal sie sich im Schnitt 7 Stunden in der Klinik befinden.

Der Vergleich früherer Untersuchungen mit unseren Ergebnissen ergibt also in vielem Übereinstimmung. Die Resultate dieser Untersuchungen sollten uns darin bestärken, ambulante Operationen in größerem Maße durchzuführen. Für die Psychiatrie des Kindes wird es ein ausgezeichneter Beitrag sein.

Wer ambulantem Operieren ablehnend gegenüber steht, hat zweifellos auch dafür ernsthafte Argumente. Man kann die Frage einer möglichen Komplikation, die Schwierigkeit, die häuslichen Verhältnisse richtig zu beurteilen, die Notwendigkeit, eine Wunde täglich zu kontrollieren (Wundinfektionen sind nach ambulanten Operationen keineswegs häufiger) so hoch bewerten, daß man von ambulanten Operationen auch der geschilderten Größenordnung absieht. Die zusätzliche Belastung für den Hausarzt ist offenkundig und sie muß tragbar sein. Deshalb sollte eine ambulante Operation nur im Konsensus mit dem einweisenden Hausarzt erfolgen, falls nicht, ebenfalls mit dessen Einverständnis, die weitere Behandlung bis zur völligen Wundheilung im Ambulatorium der Klinik vorgenommen wird. Entscheidend sei aber nicht die Zahl der Bedenken sondern die Qualität des einzelnen Argumentes. Hier gilt: Das Kind gehört, wenn zu verantworten, nach Hause zu den Eltern, vor allem dann, wenn es leidet und seine gewohnte Bezugsperson braucht.

Ist ambulantes Operieren nicht möglich, und deshalb ein Krankenhausaufenthalt des Kindes nicht zu umgehen, so sollte man dem Kind über die Trennungskonflikte hinweghelfen und versuchen, die Familien im Krankenhaus als Partner zu gewinnen. Dies bedeutet, daß gleiche Besuchszeiten auf allen Stationen einzuführen sind und die Mutter evtl. an der Pflege des Kindes beteiligt werden sollte. Eine geeignete Alternative zum ambulanten Operieren wären die sogenannten "Mutter-Kind-Einheiten", aber nur wenige Kinderkliniken in der BRD sind bisher in der Lage, Mütter psychisch gefährdeter kranker Kleinkinder in die Klinik aufzunehmen. (1970 in 34, 1972 in 49 Kliniken eingeführt) (6). Die Einrichtung solcher Einheiten dürfte auch in naher Zukunft

zumeist ein Wunsch bleiben, ist doch erst, einer Umfrage von 1972 zufolge, in 75 von 216 befragten Kinderkliniken bzw. -abteilungen die tägliche Besuchszeit eingeführt. Die Möglichkeit von täglichen Besuchen scheint vor allem an Wünschen des Pflegepersonals zu scheitern, was nach unseren Erfahrungen jedoch nicht zutrifft (7). Dabei machte es in England bereits vor 15 Jahren der sogenannte Plattreport allen Krankenhäusern zur Auflage, die tägliche Besuchszeit bei hospitalisierten Kindern einzuführen und auch die Möglichkeit einer Mitaufnahme durch die Mütter zu schaffen.

Hinsichtlich dieser Situation in Kliniken der BRD sollten die Möglichkeiten von ambulanten Operationen im Kindesalter voll ausgenutzt werden, um einen positiven Beitrag zur Psychohygiene des Kindes zu leisten.

Zusammenfassung

Jedes chirurgisch kranke Kind hat neben dem Operationstrauma das Trennungstrauma, d. h. den mit der Trennung von seiner Bezugsperson verbundenen Schock zu verkraften. Der Verlust der Mutter als einziges und wichtigstes Liebesobjekt birgt eine potentielle Gefährdung besonders des Kleinkindes in sich. Beim Säugling zwischen 6 Monaten und 1 Jahr wird danach eine Symptomatik beobachtet, von SPITZ als "anaklitische Depression" bezeichnet, die wiederum davon abhängig ist, daß das Kind zuvor eine gute Beziehung zu seiner Mutter hatte. In der Altersgruppe zwischen 1 und 5 Jahren scheinen die Reaktionen auf Trennung jedoch nicht sosehr von der Qualität der Mutter-Kind-Beziehungen abzuhängen, vielmehr werden sie vor allem dadurch ausgelöst, daß überhaupt eine Beziehung zur Mutter besteht.

Ausgehend von dieser Problematik, aber auch durch die aufgrund nicht ausreichender Bettenkapazitäten hervorgerufenen Wartezeiten angeregt, haben wir die Möglichkeiten und Grenzen des ambulanten Operierens im Kindesalter untersucht. Unser Krankengut bildeten 276 ambulant operierte Kinder unserer Klinik und 447 ambulante behandelte Kinder der Städt. Kinderklinik Regensburg. An diesen waren Herniotomien der Leiste und des Nabels, Orchidopexien, Hydrozelenoperationen und Circumcisionen ambulant vorgenommen worden. Gleichzeitig führten wir eine Umfrage an Eltern im Raum Regensburg durch deren Kinder den gleichen Operationskatalog aufwiesen.

Von 100 angeschriebenen Eltern antworteten 57, wovon sich 56 für ambulantes Operieren und nur 1 Elternpaar dagegen aussprach.

Wenn die häuslichen Verhältnisse es gestatten, die Behandlung mit dem einweisenden Arzt besprochen, mit den Eltern ein klärendes Gespräch geführt, und schließlich die behandelnde Klinik bei evtl. auftretenden Komplikationen rasch zu erreichen ist, kann das ambulante Operieren mehr als bisher in den Behandlungsplan miteinbezogen werden.

Literatur

- (1) AINSWORTH M. D.: Weitere Untersuchungen über die schädlichen Folgen der Mutterentbehrung, in BOWLBY J: Mutterliebe und kindliche Entwicklung Seite 173, Reinhardt, München-Basel (1972)
- (2) BAUMANN T.: Einige Erfahrungen und Gedanken zur Frage des psychischen Hospitalismus Zeitschrift für Kinderpsychiatrie 26 (1959) Seite 97
- (3) BIERMANN G.: Kind und Operationstrauma Anästhesist, 5 (1956) Seite 184
- (4) BIERMANN G.: Kind und Krankenhaus Praxis der Kinderpsychologie 14 (1965) Seite 282
- (5) BIERMANN G.: Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit Reinhardt, München-Basel (1972)
- (6) BIERMANN G.: Psychohygiene und Kinderklinik BIERMANN R.: Der Kinderarzt 20 (1972) Seite 355
- (7) BOURMER H.: Ambulant durchgeführte Operationen im Kindesalter HIERHOLZER E.: Deutsches Ärzteblatt 67 (1969) Seite 399
- (8) BOWLBY J.: Über das Wesen der Mutter-Kind-Beziehung Psyche 15 (1959/60) Seite 415
- (9) BOWLBY J.: Die Trennungsangst Psyche 15 (1961/62) Seite 411
- (10) BOWLBY J.: Mutterliebe und kindliche Entwicklung Reinhardt, München-Basel (1972)
- (11) BROCHER T.: Prägende Kindheitserinnerungen - Tor zur Welt Praxis der Kinderpsychologie, Beiheft 5 (1972)
- (12) BURLINGHAM D.: Kriegskinder FREUD A.: Jahresbericht des Kriegskinderheims Hampstead Nurseries, Imago Publ. Co. London (1949)
- (13) COKERY J.: Some Nursing Implications of a 5-Day Surgical Ward COLE A.: Journal of Pediatric Surgery 9 (1974) 1, 7
- (14) DAVENPORT H. T.: Day Surgery for Children Can. Med. Assoc. SHAH C. P.: Journal 105 (1971) ROBINSON G. C.: Seite 498

- (15) ECKENSBERGER D.: Sozialisationsbedingungen öffentlicher Erziehung
Suhrkamp, Frankfurt (1971)
- (16) FREUD A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen
Kindler, München (1971)
- (17) FREUD S.: Triebe und Tribschicksale
Ges. Werke Bd. 10, Fischer, Frankfurt
(1961) Seite 209
- (18) FREUD S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie
Ges. Werke Bd. 5, Fischer, Frankfurt
(1961) Seite 33
- (19) HEINICKE CH.: Some Effects of Separating Two-Year-Old-Children from their Parents
A comparative Study. Human Relations 9
(1956) Seite 105
- (20) HELBIG D.: Das chirurgisch kranke Kind im Krankenhaus
Die Medizinische Welt (1973) Seite 968
- (21) KLEIN M.: Die Psychoanalyse des Kindes
Reinhardt, München-Basel (1972)
- (22) LAWRIE R.: Operating on Children as Day-Cases
Lancet 2 (1964) Seite 1289
- (23) LOEBER F.: Das von der Mutter getrennte Kind in der heutigen Sicht des Kinderarztes
Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete, Bd. 2, Huber, Stuttgart (1960) Seite 141
- (24) MEIERHOFER M.: Psychohygiene im frühen Kindesalter
Zeitschrift für Kinderpsychiatrie 28 (1961)
Seite 1
- (25) MEIERHOFER M.: Frustration im frühen Kindesalter
KELLER W.: Huber, Bern-Stuttgart (1966)
- (26) SCHMITT-KOLMER E.: Verhalten und Entwicklung des Kleinkindes
Akademie-Verlag, Berlin (1959)
- (27) SPITZ R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen
Klett, Stuttgart (1960)
- (28) SPITZ R. A.: Vom Säugling zum Kleinkind
Klett, Stuttgart (1967)
- (29) SCHUHMANN H.: Die psychosozialen Bedürfnisse des Kleinkindes im Krankenhaus
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 14 (1965) Seite 188

Für die freundliche Überlassung des Dissertationsthemas danke ich
Herrn Prof. Dr. med. W. Ch. Hecker, Direktor der Kinderchirurgischen
Klinik der Universitätskinderklinik München.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. med. F. Höpner, Oberarzt der Kinder-
chirurgischen Klinik der Universitätskinderklinik München, dessen hilfreiche
Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit von großem Wert für mich war.
Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Prof. Dr. med. H. Pache,
Chefarzt der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching
und Herrn Dr. J. Regenbrecht, Chefarzt der Kinderchirurgischen und
orthopädischen Abteilung der Städtischen Kinderklinik Regensburg, die es
mir ermöglichten, an ihren Abteilungen das Krankengut auszuwerten.

Lebenslauf

Elisabeth Pohlmann, geb. Knott

2. 2. 1949 in Holzkirchen, Kreis Miesbach geboren

Staatsangehörigkeit: deutsch

1955 - 1961 Besuch der Volksschule in Holzkirchen

1961 - 1968 Besuch des Pestalozzi-Gymnasium
(musisches Gymnasium) in München

Abschlußprüfung: Abitur

1968 - 1975 Studium der Humanmedizin an der
Ludwig-Maximilians-Universität
in München

Abschlußprüfung: Staatsexamen

Ich bin verheiratet in München und habe ein Kind.

